

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 142

LA
FEMME MÉDECIN
EN AFRIQUE DU NORD
ET
SON RÔLE D'ÉDUCATRICE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juin 1932

PAR

Jeanne-Marie PÉRAUD

LICENCIÉE ÈS SCIENCES

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE CAEN

LAURÉATE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN (Prix Le Sauvage, 1922)

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Née à POITIERS (Vienne), le 3 janvier 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CASSAËT, professeur.....	Président.
		PETGES, professeur.....	Juges.
		DAMADE, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 142

LA
FEMME MÉDECIN
EN AFRIQUE DU NORD
ET
SON RÔLE D'ÉDUCATRICE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juin 1932

PAR

Jeanne-Marie PÉRAUD

LICENCIÉE ÈS SCIENCES

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE CAEN

LAURÉATE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN (Prix Le Sauvage, 1922)

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Née à POITIERS (Vienne), le 3 janvier 1902.

Examineurs de la Thèse	}	MM. CASSAËT, professeur.....	Président.
		PETGES, professeur.....	Juges.
		DAMADE, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGES, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.	MANDOU.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie.	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELLIER.
Pharmacie.	DUPOUY.	Clinique dentaire.	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.	DUBECO.	Chirurgie générale.	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	CREYX.	Obstétrique.	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DÉLMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.	PAPIN.	Puériculture.	FAUGÈRE.
Physiologie.	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.			
id.			
Clinique dentaire.			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

En témoignage de ma grande reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON FRERE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX
DE CAEN

MESSIEURS LES PROFESSEURS GUIBE, DESBOUX, LE BAILLY.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. CASSAET

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour le grand honneur qu'il me fait
d'avoir bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.



Quelques malades des Attafs.

LA

FEMME MÉDECIN

EN AFRIQUE DU NORD

ET

SON RÔLE D'ÉDUCATRICE

INTRODUCTION

Nul n'ignore aujourd'hui le rôle important joué par le médecin dans le problème de la colonisation. Alors que les puissances colonisatrices prennent de plus en plus conscience de l'œuvre de civilisation, de « pénétration morale », qu'elles ont à accomplir près des indigènes, le médecin leur apparaît dans cette haute mission comme le premier et le plus indispensable des collaborateurs.

« *Pénétration morale* » ; œuvre délicate, car il s'agit, tout d'abord, de calmer des défiances tenaces et d'amorcer la rencontre des cœurs. Pour l'indigène, l'étranger, c'est toujours l'ennemi, qui vient bouleverser des habitudes, exercer des contraintes. Il faut, insensiblement, à force de bienfaits, renverser tous ses préjugés.

Il s'agit aussi de détruire peu à peu toute une hérédité d'ignorance et de superstitions, pour amener l'indigène à entrevoir des horizons qui nous sont familiers et qu'il ne soupçonne pas. En un mot, lui apporter dans tous les domaines une

véritable éducation. Or, dans cet effort d'approche et d'éducation, le médecin est le premier qui trouve grâce. Alors que le vocabulaire des indigènes garde encore toute son énergie et sa fielleuse méchanceté pour exprimer la défiance contre le « roumi », le médecin, lui, devient le bon génie qui soulage les maux sans exiger la moindre récompense. Son action, du moins, apparaît éminemment salulaire. On oublie tout pour cet avantage, et comme le médecin se fait aisément écouter, il profite de son ascendant pour faire tomber les préjugés, admettre nos intentions et devenir lui-même un véritable conseiller, un véritable éducateur.

« Il n'est pas de fait plus solidement établi, a pu dire le *Maréchal Lyautey*, que l'efficacité du rôle du médecin comme agent de pénétration, d'attraction et de pacification. »

L'an dernier, à Lyon, Mlle le Docteur A. Butavand prenait à tâche, dans sa thèse, d'étudier ce qui revenait en particulier à la femme médecin dans cette œuvre civilisatrice à travers le monde.

Dans une vue d'ensemble, elle montrait, d'une part, les 356 femmes médecins protestantes, répandues en Asie et en Afrique; de l'autre, les milliers de religieuses catholiques engagées aux soins des malades, auxquelles se joignent depuis quelque temps les docteurs formés à l'étranger dans diverses sociétés de femmes médecins missionnaires (1).

Le sujet nous plaisait, il était d'actualité. Nous avons eu la pensée de le reprendre en le limitant à une région déterminée : l'Afrique du Nord.

La question offre ici un intérêt tout particulier, car nous sommes en terre d'Islam. La loi coranique, qui aurait pu apporter à la femme une certaine élévation, l'a, en fait, confirmée dans son abaissement en la faisant l'esclave de l'homme ou son vulgaire instrument de plaisir. Et c'est là le principe délétère qui paralyse les musulmans dans la voie du progrès, et explique pourquoi, dans notre Afrique du Nord,

(1) *Les femmes médecins missionnaires*, Dr Butavand, Lyon, 1930.

pourtant si ouverte aujourd'hui à l'influence française, le problème de pénétration morale se pose toujours avec la même acuité (1).

De plus, cette loi coranique, qui condamne la femme à la réclusion, et en dehors de ses proches lui interdit tout contact avec un homme, constitue pour l'assistance médicale un redoutable obstacle. Il est presque impossible au médecin homme d'atteindre la femme et, par la femme, le milieu familial.

Ce que ne peut le médecin homme, le médecin femme ne peut-elle le tenter ? (2).

La question n'est pas nouvelle. Dès le début de la conquête, des religieuses infirmières ont essayé de le résoudre; et, par ailleurs, dès 1863, en Algérie, le Docteur Potain, directeur de l'Ecole de médecine, envisageait dans ce but l'admission des jeunes filles du pays à l'Ecole.

Depuis, de nombreux essais furent tentés, plusieurs réussirent au delà de toute espérance, mais beaucoup aussi, il faut l'avouer, échouèrent.

C'est qu'en pays musulman, on se trouve dans un cercle vicieux. Il faut des femmes pour pénétrer près des femmes, mais ces femmes, à leur tour, vont se heurter à des difficultés considérables : isolement moral, dangers de toutes sortes.

(1) Un large mouvement d'émancipation ébranle aujourd'hui toute la vie de l'Orient musulman, mais notre Afrique du Nord reste immuablement attachée à ses coutumes ancestrales. Sans doute, çà et là, où le contact avec la civilisation française s'est fait sentir plus intime, quelques protestations surgissent, un mouvement se dessine, la jeunesse musulmane appelle de ses vœux un état de vie meilleure. Voir en particulier un petit livre intitulé : *La femme de chez nous dans notre loi et notre milieu social*, de At tahiru L. Haddad, ancien élève de la grande mosquée de la Zaytûnah, à Tunis. Mais cette évolution est encore trop récente pour avoir eu une influence profonde sur la masse de la population indigène.

(2) Bien que nous ayons surtout en vue dans cette thèse le rôle de la femme « docteur en médecine », je prendrai souvent l'expression de femme médecin dans son sens large, celui que lui donnent les indigènes. Pour eux la femme qui les soigne, qu'elle soit infirmière ou qu'elle soit médecin, est désignée du même nom : c'est la « toubiba ». Ils ne savent pas faire la distinction. Toutes deux d'ailleurs ont la même œuvre de pénétration morale à réaliser.

Au total, qui l'emporte, du bien ou du mal ?

Beaucoup hésitent à répondre.

Nous avons entrepris d'apporter ici la lumière qui découle de quelques faits et de rechercher les meilleures conditions à réaliser pour que la femme médecin puisse exercer sa mission sans être elle-même en danger.

Nous n'avons pas la prétention de présenter ces idées comme absolument personnelles. Nous avons surtout voulu réunir les principales suggestions de tous ceux qui continuent à être les partisans de la femme médecin en pays musulmans.

Le sujet était un peu difficile à traiter, car l'Afrique du Nord n'a pas d'unité, les coutumes varient selon les régions et selon les races, et la question de la femme médecin ne peut se résoudre partout de la même façon.

Cependant, le séjour que nous avons fait en Afrique du Nord et durant lequel nous nous sommes appliquée à pénétrer de notre mieux les usages et les mœurs des femmes musulmanes nous a permis d'offrir quelques données précises aux nombreuses étudiantes en médecine que nous connaissons, qui rêvent de consacrer leur vie à cet apostolat africain. C'est à elles surtout que nous dédions cette thèse.

Nous remercions vivement tous ceux qui nous ont encouragée dans ce travail et nous ont apporté l'aide de leur expérience et de leurs conseils.

Notre reconnaissance va surtout aux Sœurs Blanches d'Afrique qui nous ont reçue pendant plusieurs semaines avec tant de cordialité, et, nous faisant profiter du prestige dont elles jouissent, nous ont permis de prendre contact en toute liberté avec le milieu indigène.

PREMIÈRE PARTIE

État de la population indigène, surtout féminine, en Afrique du Nord.

CHAPITRE PREMIER

ETAT SOCIAL, INTELLECTUEL, MORAL

Pour étudier le rôle de pénétration morale de la femme médecin en Afrique du Nord, il est nécessaire de dire quelques mots de l'état social, intellectuel et moral de la population indigène surtout féminine, sur laquelle doit porter son apostolat.

Nombreux sont les textes du Coran qui consacrent l'infériorité de la femme musulmane. La supériorité masculine est un dogme révélé d'Allah : « *Les hommes sont supérieurs aux femmes à cause des qualités par lesquelles Dieu a élevé ceux-là au-dessus de celles-ci.* »

« Vous réprimanderez les femmes dont vous aurez à craindre la désobéissance, vous les battrez. »

« Ta femme est ton champ, laboure-le comme tu l'entendras. » (1).

(1) Coran, chap. IV, vers. 38. Traduction Kasimiroki.

Dès sa naissance, la petite fille cause à son père une cruelle déception que le souhait des matrones à la jeune épousée s'efforçait pourtant de prévenir : « Que Dieu te donne douze fils et une fille pour que tu aies le plaisir de posséder au moins un gendre. » (1). Aussi, les joyeux « you-you » des fêtes ne retentissent pas sur sa tête, et dans certaines contrées les parents et amis viennent offrir non des félicitations, mais des condoléances.

Quand le mécontentement est passé, on s'occupe de la jeune petite, mais son enfance ne sera jamais entourée des mille petits soins que l'on prodigue au garçon, la différence se retrouve même dans la nourriture.

La fillette de bonne heure doit aider aux soins du ménage, s'occuper de ses frères et sœurs, lourde charge lorsqu'elle doit, frêle encore, les porter sur son dos des heures entières.

A l'âge de 12 ans, elle perd toute liberté et devient la recluse du logis paternel avant d'être la prisonnière de son mari. Elle ne sort que du lever au coucher du soleil, accompagnée d'une vieille qui l'espionne jalousement, et si, chez les Berbères ou chez les populations nomades, elle circule plus librement, la loi du travail la transforme en bête de somme.

Son père se décide alors à la marier ou plutôt à la livrer à celui qui l'a obtenue par achat légal. La jeune fille n'a eu aucune part dans le choix de son époux. Souvent, le mariage s'est conclu avant la puberté, quelquefois même quelques jours après la naissance.

Dès le premier jour, le mari cherche à lui faire sentir son infériorité. On raconte qu'en symbole, chez les Bédouins, la nuit des noces, il s'arme d'un bâton de bois d'olivier ou de noyer, dont l'extrémité est garnie d'un tampon de soie et lui en assène sur la tête quelques bons coups.

Puis la *vie familiale* commence, vie qui varie un peu suivant les races et les régions, vie plus évoluée, plus proche de nous chez l'Arabe du littoral, qui s'émancipe chaque jour un

(1) Usage berbère.

peu plus du joug islamique, vie malheureuse et fort primitive chez l'Arabe du sud, soumise à la loi coranique dans toute sa rigueur, vie qui par certains côtés semblerait plus noble chez la femme kabyle, mais qui, en fait, est des plus pénibles, par les gros travaux auxquels elle est astreinte.

La femme *arabe* jouit de certains avantages inconnus à la kabyle, le droit de succession et la propriété de sa dot, mais le Coran lui impose la *claustration* et le *port du voile*. « O Prophète ! prescis à tes épouses, à tes filles et aux femmes des croyants de laisser tomber leur voile jusqu'au bas ; ainsi il sera plus facile d'obtenir qu'elles ne soient ni méconnues ni calomniées. » (1).

Le mari peut interdire à sa femme de sortir de chez lui, de recevoir la visite de personnes étrangères, d'aller dans les fêtes et même de fréquenter ses proches.

Sans doute, cette 'réclusion n'est pas toujours supportée avec trop d'impatience, elle offre parfois ses avantages : dans les classes fortunées, c'est le harem avec son logis agréable, la vie au foyer, les réunions entre femmes et les frivoles entretiens. Dans les classes moins privilégiées, la femme échappe ainsi aux travaux trop durs.

La femme *kabyle*, elle, n'est pas astreinte au port du voile, et sa claustration, sauf chez les femmes de marabouts, est moins sévère, mais, traitée comme une servante qui n'a droit à aucun égard, c'est sur elle que retombent tous les durs travaux de la vie journalière.

C'est elle qui doit faire provision du bois de chauffage dans la forêt, elle qui doit puiser l'eau dans le puits et revenir sur un parcours de deux milles, et parfois plus encore, portant sur le dos ses cruches qui l'inondent. On la rencontre nu-pieds sur les sentiers caillouteux des montagnes de Kabylie, portant d'énormes fardeaux sur ses épaules, tandis que son maître et seigneur, bien chaussé et tranquillement assis sur

(1) Coran, ch. XXXIII, Vers. 59. Le port du voile n'existe pas chez les vieilles femmes et chez les arabes nomades.

son bourriquet, ne semble pas songer un instant à la fatigue de sa compagne. Devant lui, elle ose à peine remuer. La coutume, comme chez la femme arabe, lui interdit de manger avec lui, de l'appeler par son nom; elle n'obtient de lui que de brefs monosyllabes. Avant de partir en voyage, le mari fait ses adieux à toute sa famille, sauf à sa femme; absent, il écrira à son fils, celui-ci n'eût-il que deux ou trois ans, jamais à sa femme.

Chez elle plus encore que chez l'Arabe le droit de *répudiation* appartient au mari sans limite et sans cause. « Vingt années de vie conjugale, durant lesquelles s'est consumée la jeunesse de la femme au service et aux ordres de son seigneur et maître, peuvent s'être déjà écoulées, elle peut lui avoir donné de nombreux enfants : aucune considération n'arrêtera le mari qui veut renouveler son bonheur, varier ses plaisirs en convolant à de nouvelles noces. Les tribunaux ne lui feront pas la moindre contestation, encore moins le condamneront-ils à fournir quelque compensation à la pauvre répudiée. Sans façon, elle est expulsée de la vie matrimoniale. » (1).

« Raki metolga » : tu es répudiée, c'est presque un serment, la femme n'a plus qu'à partir. En Kabylie, j'ai vu de jeunes femmes répudiées parce qu'il leur était venu un abcès au sein après la naissance de leur premier enfant. L'abcès, n'étant naturellement pas soigné, ne guérissait pas. Cela suffisait.

Autre cruauté pour le cœur de la Musulmane : la *polygamie*. L'époux a droit à quatre épouses légitimes sans compter les esclaves et les favorites *ad libitum*. Ne faut-il pas compter souvent sur la domination d'une épouse favorite et plus écoutée, dont la jalousie excitera les abus de pouvoir ?... En fait, il est vrai, la polygamie tend à disparaître; en Algérie, la monogamie est la règle. Le plus souvent, les ressources sont devenues insuffisantes pour se permettre plusieurs épouses, sinon c'est presque un devoir : Ne faut-il pas donner à Allah

(1) *La femme chez nous*, par At Tahiru L. Haddad.

le plus grand nombre « d'adorateurs » ?... La répudiation si fréquente est en elle-même une espèce de polygamie...

Telle est la *situation sociale* faite à la femme dans le monde musulman.

Il ne convient pas de trop assombrir le tableau; sans doute, comme partout, il y a des exceptions. Il arrive que la femme, surtout quand elle est mère, et surtout chez les Berbères, soit entourée de respect et voie ses avis sollicités pour les conclusions intéressant la famille. Cela est vrai surtout lorsque devenue « *la vieille* » et passée au rang des matrones redoutées, elle est une sorte d'oracle et mène toute la maison. Sans doute encore, sur le littoral, la situation familiale de la femme s'améliore. Cette transformation s'accomplit sans heurt, au contact des Européens. Par la force même des choses, la famille communautaire s'est désagrégée pour faire place au simple ménage. Les époux se connaissent mieux, s'appuient davantage l'un sur l'autre, et la répudiation devient moins fréquente. Dans la haute société surtout, l'évolution est plus accentuée.

Il n'est pas dans l'esprit de cette thèse d'étudier toutes les différences qui existent selon les classes et les races, je veux seulement en indiquer les grandes lignes.

Il est très vrai que, dans la grande majorité des cas, la situation sociale de la femme indigène est extrêmement précaire. Comme le disait le R. P. Marchal, des Pères Blancs, à la *Semaine sociale de Marseille* : « Une fois marié, l'homme est le seul qui compte. Qu'il ait une femme ou qu'il en ait plusieurs, qu'il les garde ou qu'il les chasse et les remplace par d'autres, il considère que rien n'est changé puisqu'il est toujours là. Que lui est sa femme ? Elle est son bien et il en dispose au mieux de son intérêt ⁽¹⁾. »

(1) Je dois beaucoup, pour la documentation de ce paragraphe, à la conférence donnée, en février 1931, à l'Académie des sciences coloniales, par sœur Marie-Andrée du Sacré-Cœur, Sœur Missionnaire d'Afrique, docteur en droit : « *Situation juridique de la femme musulmane en Afrique du Nord, évolution et œuvres de relèvement.* »

Parlons maintenant brièvement de *l'abaissement intellectuel et moral* qui est encore son partage.

Alors que le garçon trouve à l'école ou auprès des hommes des moyens de développer son intelligence, la fille, qui, dans beaucoup d'endroits, n'a pas encore le droit d'apprendre à lire, pour se former ne rencontre chez les femmes qu'ignorance et superstitions. Cette âme de la femme indigène, on peut dire qu'elle est toute pétrie de superstitions, elle vit là dedans comme dans son élément naturel, en dehors duquel elle est complètement désorientée.

Ecoutons les aveux ingénus d'un Musulman bien informé tel que At Tahiru L. Haddad :

« Dès le début, on fait croire à la jeune fille qu'il existe un génie prenant diverses formes, que les *amulettes* sont souverainement efficaces, que la mer avait été d'abord très douce, mais qu'un moustique l'ayant absorbée, puis rejetée, elle devint très salée, que la terre tout entière repose sur la corne d'un taureau debout sur un poisson, le taureau fait passer la terre d'une corne à l'autre tous les cent ans. On lui dit aussi : mets ta confiance dans une pierre elle te servira..., telle maison ou telle montagne sont hantées, la sorcellerie est infaillible. On prétend lui enseigner le secret des talismans et des charmes...

» Que faire, continue le même auteur, pour les débarrasser de ces idées fausses et funestes, lorsqu'elles sont déjà engagées dans le mariage, n'enseigneront-elles pas à leurs enfants ce qu'elles-mêmes ont appris dans leur enfance ?... »

Et quelle formation morale la musulmane sera-t-elle capable de donner à ses enfants, elle qui ne connaît en fait de bonheur que le plaisir de changer de parure selon la mode; elle qui, trop souvent, ne manque pas de voler son mari au profit de ses parents, afin de se ménager chez ces derniers un accueil favorable pour le jour, peut-être prochain, de sa répudiation...; elle à qui il arrivera d'introduire dans les mets de son époux des ingrédients destinés à affaiblir sa raison, à troubler son jugement, afin de se soustraire à sa domination; elle, enfin, dont l'âme est si vindicative ?

On sait combien les meurtres, les empoisonnements sont fréquents dans les campagnes de cette pauvre Afrique du Nord (1) !

(1) Une personne digne de foi, qui a vécu de longues années en Kabylie et a été mêlée de très près à la vie des indigènes, m'a cité le fait suivant entre beaucoup d'autres : Une famille avait été déshonorée par une autre. La vengeance est décidée. Le sort tombe sur un tout jeune enfant. La victime est innocente, mais sa mort punira les parents. On introduit alors dans ses aliments le liquide d'un crapaud écrasé entre deux pierres. L'enfant meurt quelques jours plus tard. La famille de cet enfant veut se venger à son tour. Le procédé est encore plus barbare : quelques jours après, alors que le petit corps est présumé en pleine décomposition, on enfonce profondément dans la terre qui le recouvre, un bâton que l'on retire tout imprégné du liquide en putréfaction. Ce bâton devient l'instrument destiné à faire une **nouvelle victime**, il est plongé dans un liquide destiné à être bu. Le médecin, s'il est appelé, reste interdit devant des cas semblables, ne sachant à quoi attribuer ces maladies étranges. Et les choses n'en restent pas là, car parmi ces populations, chaque vengeance en appelle une autre, et l'on voit deux familles se détruire ainsi mutuellement pendant plusieurs générations.

CHAPITRE II

ETAT SANITAIRE

§ 1. — Facteurs généraux qui l'aggravent.

La fréquence des maladies contagieuses, la thérapeutique rudimentaire, l'absence absolue d'hygiène, les pratiques superstitieuses et les actes de sorcellerie, les coutumes mal-saines édictées au nom de la religion, l'esprit fataliste de l'Islam, sont autant de causes qui aggravent l'état sanitaire de l'indigène en Afrique du Nord.

1° FRÉQUENCE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Parmi les fléaux sociaux tout spécialement graves en Afrique du Nord, citons : la syphilis et les autres maladies vénériennes, la tuberculose, le paludisme, le trachome.

La *syphilis* est la tare qui, plus où moins, atteint tous les indigènes : 80 à 95 p. 100 de la population, disent les statistiques. Il y a encore quelques années les indigènes ignoraient le danger de cette maladie, 70 à 80 p. 100 de ceux qui se faisaient traiter abandonnaient le traitement et disparaissaient après les premières injections⁽¹⁾; de là l'énorme extension de cette maladie avec toutes ses conséquences désastreuses au point de vue social.

A l'Hôpital Lavignerie, à Biskra, innombrables sont les femmes qui viennent consulter, n'ayant plus l'ombre d'un palais.

J'ai pu constater dans la plaine du Chéelif les ravages cau-

(1) L'ignorance est moins grande actuellement et le traitement mieux suivi.

sés par cette terrible maladie. A l'hôpital indigène de Saint-Cyprien des Ataffs, entre Rouina et Orléansville, sur 130 malades hospitalisés, 120 au moins sont reconnus syphilitiques. Dans les salles, les malades offrent un spectacle lamentable : nez, voiles du palais absents, pieds rongés, qui se détachent par lambeaux, et cela chez des jeunes gens de 23 ans. L'odeur qui se dégage de toutes ces plaies vaut à l'hôpital une renommée spéciale. C'est là, paraît-il, qu'existe le plus fort contingent de plaies spécifiques.

La *blennorragie* atteint également les indigènes dans des proportions effrayantes. Au dispensaire de la rue Marengo, à Alger, sur 15 femmes qui viennent consulter, 8 en moyenne sont blennorragiques.

La *tuberculose* fait de nombreuses victimes en Algérie, parmi les Arabes et les Kabyles. Les 80.000 travailleurs qui se rendent chaque année en France la contractent facilement dans les villes industrielles et la répandent ensuite dans leurs douars à leur retour au foyer. Au Maroc, elle gagne du terrain de plus en plus, et comme il s'agit de races neuves non immunisées, la mortalité est élevée, les harems des grandes villes sont des foyers de tuberculose.

Le *paludisme*, qui avait pris une telle extension après l'occupation en Algérie, a beaucoup diminué d'intensité depuis les mesures prises par le Gouvernement; cependant, le nombre des indigènes atteints de paludisme est encore très élevé. La maladie est endémique au Maroc et cause de temps en temps de sérieuses épidémies.

Le *trachome*, qui entraîne souvent la perte de la vue atteint les enfants indigènes dans la proportion énorme de 55 à 95 p. 100.

La *conjonctivite purulente* est aussi répandue dans les populations urbaines et rurales.

Citons encore : le *typhus exanthématique*, surtout au Maroc, la *fièvre typhoïde*, la *variole*, la *fièvre récurrente*, la *diphthérie*, la *rougeole*, le *pian*, quelques foyers de *peste* au Maroc et quelques rares foyers de *lèpre*.

2° THÉRAPEUTIQUE RUDIMENTAIRE ET ABSENCE D'HYGIÈNE.

Les moyens de protection que présente la médecine locale sont des plus primitifs. Sans doute, il arrive de trouver dans ces pays des empiriques parfois fort habiles et des rebouteurs adroits. Ils ignorent cependant la moindre hygiène et la moindre asepsie.

Pour arrêter le sang, on se sert de terre; pour faire les pansements, on emploie la laine de mouton, le poil de chameau, les herbes sèches, le tabac, à moins que ce ne soit des choses innommables.

Un bébé porte-t-il le doigt à son oreille ? La mère y introduit du tabac. Un jour, une femme amène son enfant au dispensaire, il avait près de 2 ans et mal aux oreilles, affirmait-on, celles-ci étaient remplies de feuilles de tabac : « Depuis combien de temps ne les as-tu pas lavées ? » demandait-on à la mère. — Depuis qu'il est né ! », et la réponse semblait toute naturelle.

Au Maroc, pour toutes maladies peut-on dire, c'est l'inévitable *henné*. On professe pour cette médication un véritable respect. N'a-t-elle pas été recommandée par le Prophète ?...

Au Mزاب, Mlle Goichon nous donne des détails très intéressants sur la médecine telle qu'elle se pratique encore de nos jours (1).

La *ventouse* joue un grand rôle (de 25 cm. de diamètre !); pour les diarrhées, on la pose sur l'ombilic de cinq à dix minutes, on tire pour la détacher.

Contre les maux de tête, contre les douleurs de dos, encore la ventouse.

Les *rhumatismes* ont un traitement à la décoction de har-mel, de inettin et de câpres après frictions au pétrole,... puis on boit le liniment.

Les *pointes de feu* s'emploient beaucoup, mais amènent des plaies. On les applique le samedi et contre : peur; faiblesse,

(1) *La vie féminine au Mزاب.*

folie, adénite tuberculeuse, hernies (mais pas syphilis), otites, conjonctivites, trachome.

Pour la *petite vérole*, on habille le malade de blanc et on lui fait boire de l'huile.

Les *panaris* reçoivent un cataplasme de dattes, semoule, beurre, farine de lin.

Les *blessures* sont saupoudrées de litharge si elles suppurent, on interpose quelquefois une couche de pétrole pour faire adhérer la poudre.

Les *dents cariées* reçoivent du carbure, du goudron, de la chaux, du pétrole, du sel...

La seule cure que réussissent vraiment les indigènes est celle des *fractures* : appareil plâtré sans tissu pour le mouler, attelles en roseau, bandage pendant le nombre de jours correspondant à l'âge (30 jours pour 30 ans).

Contre la *coqueluche*, le poisson ou l'eau de cuisson du poisson.

La *rougeole*, non soignée, est souvent mortelle.

Pour les *convulsions*, fréquentes, pratiques vaines : amulettes, incisions du visage).

Pour la *syphilis*, pas de remèdes, sinon l'huile et les oranges, mais une certaine prophylaxie, assiette particulière, chaussures pour ne pas contaminer le sol, etc.

3° THÉRAPEUTIQUE MAGIQUE A BASE DE SUPERSTITIONS.

Nous avons dit comment les plus vieilles et les plus sottes superstitions gardent des racines très vivaces dans l'âme de la femme. Loin de regarder la maladie comme un phénomène purement biologique ou psychologique, elle l'attribue aussitôt à une intervention malfaisante des esprits, soit que cette intervention ait été mise en branle par la méchanceté des humains, soit qu'elle se soit déclenchée pour des motifs inconnus.

Les hommes les plus cultivés eux-mêmes, à force de vivre chez eux au milieu de cette atmosphère de superstitions, ne

s'en émancipent pas complètement, ils font un mélange bizarre, qui va parfois au-devant de la médecine européenne, mais ne rejette pas la médecine des ancêtres.

D'où, naturellement, toute une thérapeutique magique, parfois purement sotte et d'effet nul, sinon quand « la foi guérit ⁽¹⁾, mais qui parfois, aussi, est nocive par les ingrédients qu'elle met en jeu, ou parce qu'elle contrarie l'administration normale du remède européen.

Une Sœur Missionnaire d'Afrique, qui en a été le témoin, raconte le fait suivant : « Un jeune homme appartenant à la haute société était atteint de tuberculose; rien n'était épargné pour obtenir sa guérison. il était soigné d'après les principes de la thérapeutique moderne; pourtant tous les soirs vers quatre heures, donc au moment où le malade, déjà agité par la fièvre, aurait eu besoin d'un repos absolu, on introduisait dans sa chambre un marabout qui, pendant deux ou trois heures, multipliait les prières à haute voix, les incantations, les gestes frénétiques. A la fin de cette séance épuisante, le malade absorbait sans sourciller un verre d'eau, auquel le saint personnage avait mélangé une bonne quantité de salive, sanctifiée probablement par toutes les formules prononcées... Et ce jeune homme, qui avait été élevé dans un de nos meilleurs collèges de France, se disposait à passer son baccalauréat et songeait à préparer la médecine et son père n'était certes ni un ignorant, ni un arriéré, mais il y avait les femmes !... ⁽²⁾.

4° COUTUMES MALSAÎNES.

Plusieurs pratiques édictées au nom de la religion s'appliquent avec une sorte d'inhumanité et contribuent pour une part au mauvais état sanitaire de la population. Pour ne

(1) Dans cette catégorie, entrent toutes les *amulettes* qu'on demande aux *tolbas*. Ces amulettes sont de petits écrits correspondant à tels maux, l'écrit est enfermé dans un petit sachet de cuir et porté à l'endroit malade. C'est ainsi qu'il existe un bracelet contre les douleurs, un contre les coupures à la main, un autre contre les rhumatismes, une ceinture pour guérir le lumbago, un anneau de pied contre les foulures, un tour de tête contre les maux de tête, tout comme il existe des amulettes pour être fort, intelligent et beau.

(2) *Chronique des Sœurs Blanches*.

citer que lui, le *jeûne du Ramadan* est très pénible, surtout en été : on s'abstient de toute nourriture, de la moindre gorgée d'eau et même... de la plus petite cigarette. Dans les hôpitaux, les malades refusent le moindre collyre. Les ouvriers et les campagnards qui pratiquent ces prescriptions à la lettre sont à plaindre. Que dire alors des pauvres mamans déjà anémiées et qui nourrissent un bébé ?... Certes, la loi du prophète prévoit bien momentanément pour elles une exception, mais comme il s'agit d'une « dette » vis-à-vis d'Allah, elles devront la payer dans la suite; aussi le plus souvent préfèrent-elles jeûner avec tout le monde... Il y a là un point d'honneur; puis, faut-il l'avouer, la nourriture n'est-elle pas bien meilleure pendant le Ramadan ?...

Les pâtisseries savent qu'à cette époque les appétits sont exaspérés, ils y ont pourvu par des gâteaux plus fins, les ménagères s'y sont longuement préparées, une fois le soleil couché, on se rattrape, on s'invite, on engloutit. On passe la nuit dans le bruit et l'agitation. A peine s'accorde-t-on un peu de repos, interrompu pour prendre en hâte une dernière nourriture avant que le soleil ne permette de distinguer « un fil noir d'un fil blanc ». On avouera que le régime n'a rien de normal pour l'homme même le plus sain : vide de l'organisme, tension nerveuse, éblouissements, vertiges et, brusquement, des excès...

3° ESPRIT FATALISTE.

Enfin, l'Islam crée des obstacles à la prophylaxie par son esprit fataliste. Combien de gens encore ne prennent aucune précaution contre le mal qui tombe sur eux : « Kan Mak-toub ! » (C'était écrit, il n'y a rien à faire !)

Cette femme a mal à la tête, c'est un coup du « mauvais œil »; ce matin elle pétrissait du pain sur le pas de sa porte, au gros soleil, un passant s'est arrêté, l'a regardée, et la mi-

(1) *Bulletin des Sœurs Blanches.*

graine l'a prise. Inutile de consulter, le médecin n'y pourrait rien : « Kan Maktoub ! »

Tel est, dans ses grandes lignes, l'état sanitaire des indigènes en Afrique du Nord. Il nous reste à envisager plus en détail le point de vue de la maternité et celui de l'enfance, partie de la tâche médicale qui sollicite particulièrement la femme médecin.

§ 2. — Maternité.

Les *mariages précoces* sont fréquents, entraînant des maternités précoces, très rapprochées. La stérilité pour une femme est considérée comme un déshonneur ; c'est une cause de répudiation ; aussi, dans certaines régions, les femmes arabes, pour devenir mères, placent-elles sur leurs reins une amulette de crottes de rat desséchées, broyées et mêlées à du miel, ou composée de bitume dilué dans de l'huile d'olive, ou encore de raisins secs et d'un morceau de queue de mouton. Parfois, on use de procédés barbares : on suspend la femme, et on lui applique au côté une énorme ventouse. Nombreuses en Kabylie sont les femmes portant au côté droit un réseau veineux très développé, trace du supplice.

Les accouchements sont faits par des matrones appelées « *kablas* ».

La « *kabla* », comme son nom l'indique en se tenant à l'étymologie rigoureuse du terme « *kbal* » (recevoir), est incapable de faire un accouchement qui ne serait pas absolument normal. *Elle se borne à assister la parturiente en se tenant assise à côté d'elle et en priant.* Il n'existe aucune loi les régissant ou réglementant leur profession. Elles exercent leur métier par droit successoral, de mère en fille.

Certes, leur prestige est grand ! La *kabla* a un caractère sacré, du fait qu'elle a au moment de l'accouchement un contact avec le sang. Le sang, comme toutes les sécrétions et les humeurs de l'être humain, n'est-il pas une substance magique, chargée de forces occultes bonnes et mauvaises ?

Toujours très versée dans la sorcellerie, la kabla pratique au moment de l'accouchement mille rites de protection de la mère et de l'enfant.

Voici comment Mme le Docteur X..., de Mazagran, décrit l'accouchement chez les Marocâines :

« La parturiente est assise sur une natte par terre ou sur un tabouret. Le coin le plus obscur de la chambre est celui qui est choisi. A un clou, est pendue une écharpe que la femme saisit au moment des douleurs. Des chiffons d'une saleté repoussante sont consacrés à cet usage. Des femmes, autant qu'elles peuvent trouver place en se serrant beaucoup les unes contre les autres, remplissent la chambre. Elles y restent des heures, des journées entières. Quand l'enfant est né, la femme est étendue sur une natte couverte de chiffons. Aucun soin de propreté, ni pour la mère, ni pour l'enfant. Le cordon est coupé avec un instrument quelconque (rasoir du père) ou écrasé entre deux pierres et lié avec de la laine, le nouveau né est entortillé dans un chiffon de laine sale. »

Le Docteur Dinguizli, médecin du Gouvernement de Tunis, décrit de même⁽¹⁾ : « *L'usage de la « chaise des accouchements* » est particulièrement barbare. On y place la femme dès le début du travail, puis l'aide-sage-femme, la « ched-dada », entoure de ses bras robustes la taille de la malheureuse et exerce sur ses flancs endoloris des mouvements de compression destinés, entre autres, à empêcher l'arrière-faix de remonter vers le cœur... »

De temps en temps, on applique le Coran sur la cuisse gauche, avant de reprendre les massages sur la chaise à torture, les mains enduites de beurre salé rance.

Lorsque le bébé est venu au monde, pansement des plaies avec un mélange pulvérulent de cumin, café, toile d'araignée, terre provenant des lieux saints ou du balayage d'un sanc-

(1) La pratique de l'obstétrique chez les populations indigènes du Docteur Dinguizli, article paru dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de France*, 31 juill. 1923.

tuaire. Puis un tampon de cire jaune maintient en place, à l'aide de deux ou trois tours de bande, cette étrange et dangereuse composition (1).

Au Mزاب, *la femme mزابite doit par sa religion accoucher seule*. Il n'y a pas de kablas. Pour une toute jeune femme (souvent une vraie petite fille), on admet l'aide de la mère ou de quelque parente pour le premier enfant; mais pour le deuxième, la règle ne souffre plus d'exceptions, c'est la jeune mère qui donne les premiers soins, arrose l'enfant d'une pâte liquide faite de salive et de cumin, « puis les femmes entrent dans la chambre et continuent la toilette : sur le front, pâte de dattes mâchées avec du sel; sur les paupières huile et sel. Ligature du cordon avec pansement de chiffons imbibés d'huile. On fait boire à l'enfant de l'eau ayant lavé l'encre de quelques versets du Coran mélangée de datte écrasée et d'huile.

» La mère peu souffrante se lève au bout d'une heure et circule trois jours après sans reprendre encore tous ses travaux.

» Le quatrième jour, on fait des marques au henné sur le bébé.

» Le septième jour, grande toilette sans eau, henné jusqu'aux poignets et chevilles, onctions d'huiles et de safran sur tête et poitrine, d'huile et de henné sur tout le corps, on saupoudre de parfum en poudre, on lui met dans la bouche un peu d'œuf en poudre et de cumin.

» Durant les quarante premiers jours, le *bébé n'est pas lavé*, parfois un peu d'eau sur le visage et les mains; dans d'autres familles on ne le lave qu'avec le lait de la mère projeté sur le visage. La mère ne se lave pas, se passe sur les seins une galette de terre argileuse qu'on nettoie à mesure en la frottant sur le mur.

» Le quarantième jour est celui de la purification. On

(1) *Idem*.

verse de l'eau tiède sans frotter. La mère se lave entièrement. » (1).

Après tous ces témoignages, doit-on s'étonner d'entendre dire dans ces pays que *toute femme en couches à un pied dans la tombe ?...*

Il n'existe pas encore de moyens pour évaluer le taux de la mortalité infantile et maternelle, mais *tout cas de dystocie est mortel*, et les cas de dystocie sont fort nombreux. Les matrones sages-femmes restent alors des jours près de la femme en travail, attendant qu'un dieu clément délivrant leur cliente l'appelle à lui !

Kan Maktoub (C'était écrit, il n'y a rien à faire!)

§ 3. — Enfance.

La question de la mortinatalité et de la mortalité infantile en Afrique du Nord a été bien étudiée l'an dernier à Genève, par le Docteur Laffont, Professeur de gynécologie à la Faculté d'Alger (2).

De cette étude, il résulte que *la mortalité des enfants musulmans est effrayante*. Les statistiques sont difficiles à obtenir; au Maroc, elles ne sont pas obligatoires pour les indigènes; en Algérie et en Tunisie, elles le sont, mais la loi sur ce point est loin d'être observée. En général on ne déclare pas les décès; les naissances sont déclarées s'il s'agit d'un garçon, mais non s'il s'agit d'une fille.

J'ai demandé aux Sœurs Blanches quelques renseignements dans les différents hôpitaux qu'elles dirigent. Celles qui sont à l'Hôpital Lavigerie, à *Biskra*, visitent très régulièrement chaque semaine six des gros villages qui les entourent : sur cent femmes, m'ont-elles dit, dix gardent leur premier-né. Sur cent enfants arabes, trente arrivent à peu près à vivre plus ou moins chétivement, pas plus.

(1) *La vie féminine au Mzab* (A.-M. Goichon).

(2) Voir *Compte rendu de la Conférence internationale pour l'enfance africaine*, 1931.

* A *Laghouat*, si l'on consulte le registre des décès déclarés, on y trouve la mortalité infantile dans une proportion de la moitié du chiffre total des décès. Cette proportion doit être forcée en réalité, car si tous les décès d'adultes sont déclarés, bien des petits enfants sont enterrés sans qu'on se donne la peine de tant de formalités.

A *Ghardaïa*, la mortalité est aussi très élevée, encore plus chez les mozabites que chez les Arabes. On sait, en effet, que les femmes Mozabites sont complètement enfermées et ne voient presque jamais le médecin. Il n'y a donc rien pour prévenir le mal.

En *petite Kabylie*, les observations faites permettent de déduire que 30 p. 100 au moins des enfants (souvent d'avantage) ne survivent que peu à leur naissance. Ce chiffre s'entend des années ordinaires, car en temps d'épidémie il faut compter 70 à 80 p. 100 de mortalité.

A la maternité indigène de *Souk El Arba*, près de Tunis, les statistiques montrent une mortalité de 23,4 p. 100 chez les musulmans de 0 à 1 an.

LES FACTEURS DE MORTINATALITÉ ET DE MORTALITÉ INFANTILE nous sont déjà en grande partie connus :

1° *Avant la naissance* : pendant la gestation, c'est la *précocité du mariage*, l'*inobservation des principes d'hygiène*, la *misère physiologique*, les *travaux pénibles de la femme*, le *jeûne du Ramadan*.

C'est la *syphilis* surtout; les avortements spontanés dus à la syphilis sont impossibles à évaluer. Avant d'avoir un enfant, la femme indigène en perd 5 ou 6, souvent plus. Des quantités de foyers ont eu 12 et 14 enfants, et souvent il n'en reste que 1 ou 2. Tel caïd de Tolga a eu 28 enfants, 27 sont morts en bas âge, la 28^e, qui était une fille, a survécu. A 14 ans, on la marie, elle meurt l'année d'après en mettant au monde un enfant.

A côté de la syphilis, c'est le *paludisme* (influence plus ou moins grande selon les régions), la *tuberculose*.

Enfin, on ne peut compter les *avortements criminels*, sur-

tout chez les filles-mères et les femmes adultères. Les coutumes du pays sont si terribles pour elles. En Kabylie, si leur état est connu, elles sont vouées à la mort. Le père sera le premier à exécuter le châtement. Au Mزاب, la coupable n'est pas tuée, mais emmurée dans un lieu souvent infect (dépôt de fumier) et insultée à des heures régulières par tous les indigènes. Ceux-ci viennent tour à tour selon leur rang : les enfants d'abord, puis les femmes, les hommes et enfin les tobas. Et cela pendant tout le temps que dure la grossesse. En Tunisie, il ne s'agit plus seulement de femmes dont la situation n'est pas en règle : « Là plus que dans tout autre pays, a pu dire le Docteur Dinguizli, l'avortement est dans les mœurs. »

2° Pendant l'accouchement, nous avons vu à l'œuvre les matrones ignorantes de leur art, comme de tout principe d'hygiène, nous savons que pour elles tout cas de dystocie est mortel. Leur manque complet d'asepsie entraîne fréquemment chez l'enfant le *tétanos ombilical*, non moins fréquemment chez la mère, l'*infection puerpérale* mortelle. L'enfant privé de sa mère est voué à une mort prochaine, car les indigènes ne savent pas pratiquer l'allaitement artificiel.

L'*infanticide* est fréquent, aussi c'est une sorte d'abandon, surtout chez les filles. Les pauvres petits êtres qui arrivent infirmes y sont voués presque fatalement.

3° Après la naissance, il faut encore incriminer la *syphilis*, la *tuberculose*, auxquelles se joignent la *débilité congénitale* et les *maladies de carence*, les *maladies oculaires*, etc.

Mais surtout alors intervient la *gastro-entérite*; l'enfant, dès qu'il pleure, est mis au sein, à toute heure et sans autre règle que son caprice; or, comme il ne crie jamais autant que lorsqu'il est malade, on voit d'ici les conséquences. Jusqu'à 20 ou 30 mois cependant, le nombre des décès par gastro-entérite est relativement restreint, mais après le sevrage, voici qu'on donne à l'enfant des mets variés : couscous, galette d'orge, figues, café, thé, piments. Il n'est pas rare

de le voir partager les côtes de melon et les écorces de grenade avec les chevreaux et les agneaux du gourbi; d'où troubles digestifs qui aggravent les tares héréditaires et les maladies intercurrentes. Et une fois malade, comment l'enfant pourrait-il être soigné, lui qui a rencontré chez sa mère, dès sa naissance, des superstitions si ancrées, *une ignorance si complète des principes d'hygiène et de propreté* ?

Au Mzab, à l'apparition de la première dent, ne l'a-t-on pas monté sur une terrasse et, le prenant par les pieds, ne l'a-t-on pas secoué dans le vide pour faire tomber le mal ? S'il en était mort, tant pis... il aurait emporté le mal et les parents auraient été sauvés.

Si c'est une fille, ne l'a-t-on pas dès sa naissance suspendue par les pieds, la tête en bas, pour lui faire allonger le cou ?

Une sœur, qui en a été le témoin journalier, m'a raconté qu'après chaque tétée (très abondante comme de coutume), la femme mozabite, avec une dextérité remarquable, tout comme si elle retournait une crêpe dans sa poêle, fait pirouetter son bébé entre ses mains, de telle sorte que la tête vient en bas et les pieds en l'air, puis nouvelle pirouette, qui ramène la tête en haut, tout cela dans le but de faire digérer l'enfant.

Maintenant que cet enfant est malade, il faudra par-dessus tout pour le guérir le faire manger; dévoré de fièvre ou atteint de gastro-entérite, il sera contraint d'accepter les nourritures les plus diverses. Les vêtements seront changés le moins possible de peur de provoquer un refroidissement mortel. L'eau, l'air et la lumière sont devenus ses ennemis personnels.

C'est dans le coin le plus obscur de la demeure, très souvent sous le lit des parents, qu'on le découvre brûlant de fièvre, entouré de chiffons et de couvertures. Pour le préserver davantage, on aura fermé les rares ouvertures susceptibles de laisser filtrer un rayon de lumière ou de livrer passage à une bouffée d'air.

S'il a mal à la tête, le barbier du village, sans s'inquiéter

s'il est déjà saigné à blanc par le paludisme, lui aura déjà fait de légères scarifications aux tempes et autour du front à la naissance des cheveux, puis par-dessus aura appliqué des ventouses.

Enfin, si l'on a soupçonné « le mauvais œil » d'être la cause du mal, l'enfant n'est plus montré à personne, il ne sera pas mené au dispensaire, tous les médicaments sont alors inutiles, il n'y a plus qu'à conjurer le sort par la course aux amulettes et les prières des marabouts.

Mais si l'infirmière visiteuse ou une Sœur Blanche pénètre dans le gourbi, le petit malade au moins aura-t-il la chance d'être sauvé? Là encore, hélas ! le plus souvent, détrompons-nous, *l'indolence et l'inconstance naturelles* de la femme indigène en font un auxiliaire déplorable lorsqu'il s'agit de faire suivre un traitement quelconque.

« Apporter régulièrement l'enfant au dispensaire, régler son alimentation, surveiller une cure de bains de soleil, cela dépasse ses capacités. Elle s'y appliquera deux jours, huit jours peut-être, puis le traitement sera interrompu... Les bonnes raisons ne lui manquent pas pour cela : l'enfant ne se laisse pas faire... le traitement est trop long... il ne donne pas de résultats assez rapides... à quoi bon ! ou bien elle a dû assister à un mariage, naturellement elle a emmené le bébé, qui a gagné durant ces journées une recrudescence de son mal, heureux encore s'il n'a pas été abandonné entre les mains d'une petite fille de 10 ans ! » (1).

Pour terminer, citons encore une grande cause de la mortalité infantile : la *répudiation* ! La femme restée seule avec un bébé trouve difficilement à se remarier, le pauvre petit est négligé, il dépérit et finit par mourir.

Concluons donc avec le Docteur Laffont : « *L'avenir de l'enfance en ces pays est étroitement lié à la situation de la femme indigène. Le problème médical s'élargit et fait place au problème social.* »

(1) *Chronique des Sœurs Blanches*, nov. 1931.

DEUXIÈME PARTIE

Description de ce qui a été fait pour l'améliorer.

CHAPITRE PREMIER

CONCEPTIONS GOUVERNEMENTALES ET LEUR RÉALISATION

§ 1. — Algérie.

Dès son arrivée en Afrique du Nord (1830), la France, consciente de ses responsabilités, se mit à l'œuvre. Pour soulager et civiliser ces millions d'indigènes, dont elle entreprenait la tutelle, elle se préoccupa tout d'abord d'organiser l'assistance médicale.

Dans ce but, elle créa ses « hôpitaux militaires », bien vite transformés en « hôpitaux d'assistance », où indigènes comme Européens devaient être traités sur le même pied d'égalité. Puis, voyant que ces hôpitaux n'attiraient pas les indigènes, qui, transplantés en plein milieu européen, se trouvaient complètement dépaysés, elle installa, en 1834, des « infirmeries indigènes ». Ces infirmeries étaient de petits hôpitaux, pour hommes et pour femmes, installés sommairement, selon les coutumes indigènes. On espérait ainsi réussir. Les soins étaient donnés par un médecin et par un auxiliaire indigène, aidé de sa femme.

Hélas ! on s'aperçut vite que si l'organisation avait quelque succès auprès des hommes, elle n'en avait aucun auprès des femmes. Pour réussir près d'elles, il eût fallu qu'elles pussent sortir seules et se montrer à d'autres hommes qu'à leur mari ou à leurs proches, en un mot il eût fallu supprimer la loi coranique. Or, la loi n'était pas appelée à disparaître de sitôt !

Aussi dès 1863 le Docteur Potain, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, était-il amené à formuler ainsi sa pensée : « *Peut-être que si nous donnions aux femmes indigènes des femmes instruites au point de vue médical nous pourrions améliorer leur sort.* » Et il demandait l'admission des jeunes filles du pays à l'Ecole.

De son côté, Victor Durny décidait de former des *femmes médecins*, avec la protection de l'Impératrice Eugénie. Malheureusement, la guerre survint, l'Empire fut renversé et le projet n'eut pas de suite.

Trente ans plus tard, Mme le Docteur Chevalier-Fumat, la première étudiante de l'Ecole d'Alger, était chargée par le Gouverneur général d'une mission officielle dans l'Aurès.

Mais ce fut Mme le Docteur Légey qui joua dans l'organisation du service médical féminin le principal rôle. Elevée à Constantine elle venait de passer sa thèse à Paris. Dès le premier jour de sa vie médicale elle s'était sentie orientée vers l'assistance aux femmes indigènes. Revenue à Constantine pour s'y installer, elle demanda aussitôt la création :

1° d'une consultation dans la ville arabe pour les femmes indigènes;

2° d'un service de maternité spécialement réservé pour elles dans un pavillon de l'Hôpital de Constantine.

Les premières démarches restèrent sans effet.

A cette époque, le Gouvernement essayait de réaliser autre chose : une *préparation de femmes matrones*. Pour attirer ces femmes dans les hôpitaux, afin de leur inculquer quelques principes d'hygiène, on avait décidé de leur donner 1 franc par jour et par personne pour leur déplace-

ment. L'affluence fut alors telle que cette modeste indemnité allait coûter 100.000 francs par an. Le Gouvernement n'étant pas riche, on dut y renoncer : immédiatement, il n'y eut plus personne.

Mme Légey insista alors auprès du Gouverneur général Jonnart. Elle proposa de démontrer que si les femmes musulmanes d'Algérie n'allaient pas dans les services médicaux, c'était uniquement parce qu'ils n'étaient pas faits pour elles, et qu'un service dirigé par une femme médecin, et qui leur serait affecté, serait assuré du succès.

Elle demanda un local, quelques nattes, des sièges de bois pour une salle d'attente et une installation modeste de salle de consultation, plus un crédit de 2.000 francs pour l'achat des médicaments et objets de pansements et 30 francs par mois pour une domestique. Aucune indemnité pour elle : on ne put lui refuser sa proposition.

« On me donna — raconte-t-elle — rue de la Bombe, à Alger, deux salles contiguës à la geôle des filles soumises. Je les fis blanchir à la chaux, désinfecter, et m'y installai après avoir prévenu la population indigène que, trois fois par semaine, je viendrais pendant deux heures, l'après-midi, recevoir gratuitement les malades. »

Le premier jour, il en vint 5 ; au bout de très peu de temps, elle en eut 600 !...

Cette formation sanitaire de Mme Légey eut un tel succès que M. Jonnart se rendit à l'évidence. Il créa alors sa *première infirmerie indigène pour femmes* (courant 1902) et en confia la direction à Mme Légey : les malades affluèrent, les femmes y vinrent accoucher en si grand nombre que les locaux, qui n'étaient pas extensibles, devinrent très vite insuffisants.

Douze infirmeries analogues furent créées dans les années qui suivirent à Maison-Carrée, Constantine, Miliana, Bône, Oran, etc., et confiées à des femmes médecins.

Quelques-unes de ces infirmeries, dotées de lits, devinrent « les *cliniques indigènes* », elles donnaient également des

consultations aux malades non hospitalisés; les autres se bornèrent à donner des consultations sans hospitaliser les malades.

Malheureusement, il faut bien l'avouer, plusieurs femmes médecins, venues de France pour prendre la direction de ces cliniques, se trouvèrent aux prises avec des difficultés insurmontables : préparation coloniale insuffisante, manque d'autorité, difficultés réelles, pour une femme, de vivre seule en certains endroits; difficultés pécuniaires aussi : l'indemnité, qui leur était accordée était insuffisante, elles avaient compté sur la possibilité de se faire une clientèle, possibilité illusoire dans ces pays où les indigènes, qui ont leurs guérisseurs et leurs kablas, ne veulent pas payer un médecin européen. Ce fut la source des déboires des premières femmes médecins en Algérie : beaucoup revinrent en France déçues; l'une même fut rapatriée.

Aujourd'hui, ces cliniques existent encore, et quelques-unes ont pris un développement considérable, mais les femmes médecins qui les dirigent sont presque toutes originaires du pays, ou l'habitent depuis longtemps. N'étant ni des isolées ni des transplantées, elles ne rencontrent plus les obstacles auxquels se sont heurtées leurs aînées.

La *Clinique indigène d'Alger*, dirigée actuellement par Mme Poli-Garnier, est devenue un hôpital important : des consultations de nourrissons, un service antisypilitique, un service de gynécologie, un service d'ophtalmologie, permettent la spécialisation des femmes médecins chargées de la Clinique. Celles-ci parlent l'arabe plus ou moins couramment, la religion musulmane est respectée; les hommes ne sont pas admis à la Clinique et aucun serviteur masculin n'y est employé.

Les femmes indigènes viennent nombreuses — trop nombreuses, peut-on dire — car les femmes médecins, aidées par un personnel infirmier insuffisant, sont débordées et travaillent dans de mauvaises conditions. Le chiffre total des consultations atteint 80.000 environ en 1930.

A Alger, existe encore, organisée depuis peu, une consulta-

tion spéciale pour les *malades des yeux*, destinée aux femmes et aux enfants. C'est encore à une femme médecin, spécialisée en ophtalmologie, Mlle Antoine, que la Clinique a été confiée. Les malades affluent. Là encore, sous ce rapport, le succès a été considérable et a dépassé tout ce qu'on avait pu espérer lors de sa création.

Si utiles que soient les femmes médecins près des femmes indigènes, leur nombre, forcément restreint, ne pouvait leur permettre d'accomplir seules toute la tâche. C'est pourquoi, depuis longtemps, le Gouvernement cherchait des auxiliaires près des *Sœurs Missionnaires*, dont il avait su apprécier le concours éclairé et dévoué. Nous consacrerons le chapitre suivant à mettre en lumière l'œuvre privée, vraiment remarquable, de ces religieuses.

Mais dans un pays où les besoins sont si pressants et où la main-d'œuvre doit être très abondante, tous les genres de dévouement devaient être sollicités. C'est pourquoi, en 1925, le Gouverneur général Violette créait ses *infirmières visiteuses*, devenues aujourd'hui *infirmières coloniales* de l'Hôpital Parnet. Il les destinait spécialement à la protection maternelle et infantile dans le *bled*. L'arrêté du 1^{er} mars 1926 fixait ainsi leurs attributions : assurer le service des femmes dans les hôpitaux auxiliaires; accompagner le médecin dans ses tournées régulières; en son absence, parcourir les douars, pénétrer dans les intérieurs indigènes, examiner les femmes et les enfants, leur prodiguer les soins que les diplômes leur permettraient de donner et, notamment, procéder aux accouchements et aux vaccinations. En toute circonstance, au cours de ces visites, donner des conseils d'hygiène, si utiles dans les milieux musulmans de l'Intérieur, et s'attacher à découvrir les maladies contagieuses.

« Par leur présence dans les agglomérations indigènes, concluait la circulaire, par leurs visites périodiques dans les douars et dans les familles musulmanes, elles contribueront pour une large part au *relèvement de leur situation morale* et à l'amélioration de la santé publique. »

La conception était belle; les débuts, pourtant, là encore, furent difficiles. Tout alors était à improviser, surtout, on ne sut pas s'entourer de toutes les garanties morales qui doivent accompagner le choix d'une infirmière visiteuse.

Les élèves de l'Ecole Parnet souffrent encore injustement aujourd'hui du discrédit jeté sur l'Ecole, par celles qui vinrent en premier. Pourtant cette institution a été entièrement réorganisée il y a deux ans par M. Pierre Bordes. La sélection s'est faite, le recrutement est devenu très sévère, un programme d'études très complet, portant sur deux années, et dans lequel sont compris des cours de langue kabyle et arabe, initie les élèves à leur délicate mission.

Dans deux ou trois ans, il sera possible, d'envoyer dans le bled, 50 ou 60 infirmières de plus.

D'après les circulaires, au cours de l'année 1931, les résultats obtenus grâce aux infirmières récemment sorties de cette Ecole ont été très satisfaisants, tant par l'accueil reçu dans les milieux indigènes que par la diminution sensible de la mortalité infantile.

Dans la région bônoise, les naissances, chez les indigènes, ont été supérieures de 40 aux décès, tandis qu'autrefois il y avait un excédent de décès dépassant la centaine.

En outre, un grand nombre de chefs de commune et de médecins ont signalé certaines particularités, dénotant une évolution manifeste de l'état d'esprit des indigènes; c'est ainsi qu'à Mouzaïaville, les mères, lors des récentes consultations, ont demandé elles-mêmes au médecin des conseils d'hygiène; qu'à Fort-National, les indigènes amènent leurs petites filles aux consultations périodiques, fait très important à noter.

On peut conclure qu'il n'est pas douteux que, grâce aux femmes médecins, grâce aux infirmières visiteuses, l'assistance médicale des femmes et des enfants indigènes n'ait déjà réalisé de grands progrès.

Quant au point de vue « pénétration morale » le succès dépend évidemment des qualités personnelles de chacune.

On m'a parlé d'une femme médecin qui en plus de sa consultation faisait bénévolement huit visites par semaine parmi les pauvres de la Casbah d'Alger; son mari l'accompagnait et l'attendait à la porte de la demeure dont l'accès lui était interdit. Cette femme, qui aimait vraiment les indigènes, ne dédaignait pas d'apprendre aux mamans à baigner leurs enfants, à mettre un cataplasme, à poser des ventouses. Son départ fut un deuil pour les familles qu'elle visitait.

J'ai entendu aussi une femme indigène parler, les larmes aux yeux, d'une jeune sage-femme qui n'avait pas hésité à passer tout une après-midi de 14 juillet près d'elle pour arrêter une hémorragie qui, par son abondance, menaçait de l'emporter.

Si beaucoup, hélas ! n'ont pas été à la hauteur de leur tâche, celles-là, et bien d'autres, ont su être parmi les indigènes un magnifique échantillon de l'âme française.

§ 2. — Tunisie.

En ce qui concerne la Tunisie, j'avoue que ma documentation a été plus réduite. Je sais que les femmes médecins y exercent depuis plus de trente ans; douze sont fonctionnaires actuellement, dont quatre comme médecins de colonisation. A Tunis, trois sont médecins de l'Hôpital Sadiki, dont une chargée depuis deux ans de la consultation des nourrissons.

Mais à part l'Ecole Louise-Renée-Millet, je ne connais pas d'institution gouvernementale qui leur soit spécialement réservée.

Il n'existe pas non plus à ma connaissance de corps d'infirmières visiteuses ou de sages-femmes vraiment organisés comme en Algérie (1).

(1) On trouve en Tunisie comme partout des religieuses infirmières et des infirmières de la Croix-Rouge.

Les infirmières récemment organisées par Mme Manceron sont destinées à la protection de l'enfance et à la lutte contre le trachôme, elles ne desservent encore que quelques postes.

L'Ecole Louise-Renée-Millet mérite d'attirer l'attention.

Dans cette école, qui compte environ cinq cents élèves musulmanes, l'enseignement de l'hygiène a été dès le début mis en honneur. Sous l'impulsion de la directrice, Mme Eigenschenck, de Mlle le Docteur Gordon et de Mlle Juliard (déléguée de la S.B.M.), des démonstrations pratiques de pansements furent instituées. Les grandes élèves apprirent elles-mêmes à soigner leurs petites compagnes; soins très simples : pansements de plaies superficielles, soins du cuir chevelu, de la peau, désinfection des yeux, vaccination jennérienne.

Depuis deux ans, un dispensaire pour femmes et enfants a été annexé à l'Ecole, pour permettre aux jeunes filles arabes de se perfectionner. Actuellement trois femmes médecins sont chargées de donner les cours théoriques et pratiques.

Les plus âgées des monitrices qui suivent ces cours depuis longtemps sont passionnées pour ce qu'elles font au dispensaire. Elles deviennent aptes à remplir leur rôle de future maman. Dès maintenant, elles sont à même de donner chez elles des conseils extrêmement précieux.

§ 3. — Maroc.

Au Maroc, c'est encore Mme Légey que nous retrouvons près du protectorat dans son rôle de pionnière. C'est en 1909 qu'elle y fit un voyage qui décida de la suite de sa carrière. Son récit, que nous trouvons dans le rapport de Mlle Butavand aux Etats généraux du féminisme, est le document le plus instructif que nous possédions sur l'action des femmes médecins en Afrique du Nord. On nous excusera d'en citer d'assez longs extraits :

« Arrivés à Marrakech, nous reçûmes du jeune Pacha Si El Hadj Thami El Glaoui un accueil farernel. Ce grand seigneur, qui est devenu un si puissant personnage, nous ouvrit sa maison, nous donnant l'hospitalité la plus large,

la plus généreuse sur le simple vu de nos lettres d'introduction et d'une attestation que notre voyage n'avait qu'un but touristique et que, dans notre pays d'Alger, je soignais la population féminine musulmane dans un hôpital que j'avais créé.

» En quelques jours, *toutes les maisons de Marrakech me furent ouvertes*; j'étais éblouie, enthousiasmée, je vivais le plus beau des rêves et, lorsque nous prîmes le chemin du retour, je dus promettre au Glaoui de revenir...

» Quelques mois après, je demandai une mission au ministre des Affaires étrangères et je fus envoyée à Marrakech en août 1910.

» Je me mis courageusement à l'œuvre... J'ouvris chez moi une petite consultation j'eus très rapidement une grande clientèle d'indigents, femmes et enfants. Mais ma véritable mission se passa au cœur même de la famille indigène. Je fus appelée partout, je pénétrai dans toutes les demeures, même chez les gens les plus fanatiques et les plus hostiles à l'influence française...

» Plus tard lorsque le protectorat fut signé et que le dispensaire Mauchamp fut organisé, le Général Lyautey m'y donna le service des femmes...

» Vint la guerre.

» Je fus envoyée à Salé, dont les habitants étaient travaillés par les émissaires étrangers. J'y dirigeai un dispensaire pour les femmes, puis je créai à Casablanca le service des femmes au nouvel hôpital indigène. »

Mais le Pacha Glaoui avait vu avec regret s'éloigner de Marrakech cette femme si bienfaisante pour son pays. Il écrivit au maréchal Lyautey une lettre officielle, demandant une femme médecin pour la ville de Marrakech. Mme Légey y fut de nouveau envoyée avec mission d'y créer un service indépendant et une maternité indigène; elle voulait profiter des dispositions de l'Administration pour reprendre le projet qu'elle avait soumis en 1900 à M. le Gouverneur Général de l'Algérie Revoil et le réaliser enfin complète-

ment, mais au Maroc. Cette fois, Mme Légey obtint tout ce qu'elle demandait, on ne pouvait rien refuser au Glaoui qui l'appuyait; son *service de consultation* fut rapidement connu des indigènes, elle arriva à donner plus de 60.000 consultations par an aux femmes et aux enfants, elle était aidée par une jeune sage-femme française dévouée et intelligente. En octobre 1926 on lui adjoignait une jeune femme médecin : Mlle Décor.

La création de la *Maternité* fut plus longue à réaliser, les crédits manquaient. Mais, par la suite, grâce à l'énergie du directeur du Service de santé, M. le Docteur Colombani, la Maternité indigène ouvrit ses portes : 1^{er} janvier 1927.

Laissons de nouveau la parole à Mme Légey : « Cette maternité, d'une conception très moderne, est maintenant en pleine marche. Elle comprend trente-quatre lits, un pavillon obstétrical et chirurgical, qui n'a rien à envier aux services les mieux installés, des chambres d'isolement, le tout entourant un superbe jardin toujours fleuri. »

Enfin, depuis un an, Mme Légey a organisé, en collaboration étroite avec son adjointe, la *surveillance des matrones* de Marrakech.

« La population indigène de Marrakech dépasse 200.000 âmes, je ne pouvais évidemment pas avoir la prétention d'accoucher toutes les femmes marocaines dans mon service, mais je voulais connaître les cas de dystocie. Pour y arriver, il fallait avoir en mains toutes les Kablas accoucheuses de la ville. »

D'accord avec le Général commandant la région de Marrakech et le Pacha, Mme Légey et Mlle Décor firent le recensement des matrones. A date fixée, celles-ci furent amenées de chaque quartier à la Maternité.

« C'était un tableau sans précédent. Nous vîmes des aveugles, des sourdes, des paraplégiques qui faisaient encore des accouchements. Dans chaque groupe, je choisis celles qui me paraissaient les plus intelligentes et j'éliminai toutes les autres. En fin de séance, j'avais retenu 125 accoucheuses, et

j'en avais mis autant à la retraite d'office. Alors le Khalifat intervint; il fit savoir de la part du Pacha à toutes ces femmes qu'à l'avenir : 1° elles ne pourraient exercer le métier d'accoucheuses que si elles avaient une carte d'identité établi par nos soins;

» 2° Qu'elles étaient toutes placées par le Pacha sous le contrôle de la Maternité;

» 3° Qu'elles devaient nous annoncer tous les accouchements qu'elles feraient, accouchements que nous consignerions sur un registre;

4° Que toutes les fois qu'un accouchement durerait plus d'une journée, que le travail s'arrêterait, qu'elles constateraient une procidence du cordon ou d'un membre, qu'une délivrance serait retenue, elles devaient, sous peine des plus sévères punitions, allant jusqu'au retrait de la carte d'accoucheuse, nous en informer dans le plus bref délai. On leur dit aussi qu'elles seraient punies de prison toutes les fois qu'une femme mourrait en couches par leur faute.

» Toutes acceptèrent de se plier à ce règlement, et nous n'avons eu que très peu de difficulté pour le mettre en vigueur..., en outre, chaque semaine, à tour de rôle, trois Kablas viennent passer la journée à la Maternité...; elles aident le personnel infirmier, se rendent compte de l'importance qu'il y a à nous faire connaître rapidement les accouchements dystociques.

» Cette surveillance des Kablas de Marrakech donne un très grand champ d'action à la Maternité; il n'y a plus dans la ville de femme qui ignore qu'on veuille bien lui venir utilement au secours lorsque l'accouchement est anormal. »

Ce succès de Mine Légey dans la surveillance des matrones marocaines est remarquable quand on songe à toutes les difficultés d'une telle entreprise. Nous avons vu qu'un essai semblable tenté par le Gouvernement de l'Algérie en 1902 avait abouti à un échec.

Nous sommes encore à l'aurore du mouvement médical

féminin au Maroc. Cependant, à la suite de Mme Légey, plusieurs femmes médecins sont venues s'y installer.

A *Mazagan*, Mme le docteur *Delanoé*, chef du service des enfants à l'hôpital, a acquis également une grande popularité dans la région des Doukkala. Epouse du Docteur Delanoé, chargé du service des hommes et du laboratoire, elle a effectué de nombreuses études cliniques et thérapeutiques sur la pathologie marocaine.

A *Casablanca*, Mme le Docteur *Broïdo*, Marocaine de la première heure, est chargée d'un service à l'hôpital indigène, et Mme le docteur *Irasq* joue un rôle des plus actifs et des plus utiles au dispensaire modèle du nouveau quartier réservé.

A l'*Institut d'hygiène*, Mlle le Docteur *Lafforêt* est chef de service d'anatomie pathologique, et Mlle *Langlais* assure les fonctions de chef du service d'épidémiologie. A ce titre, elle parcourt le bled, en temps normal, à la recherche des causes des endémo-épidémies; en période d'épidémie, elle assure sur place, en logeant sous la tente, en plein foyer de peste ou de typhus, l'exécution sévère des mesures de prophylaxie et de dépistage.

« Grâce à son entrain, nous a écrit un de ses « confrères » masculins, son tact et son ferme doigté, elle sait faire accepter par les indigènes des mesures coercitives dont ils ont horreur, et s'en faire estimer. Ses qualités de femme lui valent de pouvoir pénétrer partout et d'obtenir des renseignements que n'obtiendrait pas un homme. Ce rôle nécessite une endurance à toute épreuve physique et morale, car il comporte de réelles fatigues et des dangers certains. Mlle Langlais ne connaît pas d'obstacles quand il s'agit d'accomplir sa mission. »

Le même « confrère », qui occupe au Maroc une situation importante, conclut en disant qu'au Maroc, la femme médecin a fait ses preuves : « En ville, elle a pénétré plus aisément que l'homme le milieu indigène féminin très fermé et a su y jouer un rôle important tant au point de vue médical qu'au point de vue attirance.

» La toubiba qui a du cœur et qui aime l'indigène est assurée d'être cordialement accueillie dans les gynécées. Dans le bled, surtout en pays berbère, elle est partout remarquablement accueillie quand elle a compris l'âme berbère très spéciale et qu'elle a su se faire aimer de ces rudes mais franches populations. »

CHAPITRE II.

CONCEPTIONS DU CARDINAL LAVIGERIE ET LEUR RÉALISATION.

Ce n'est qu'en 1902 et après l'essai de Mme Léger que le Gouverneur général de l'Algérie se rendait à l'évidence et appelait à son aide des femmes médecins pour l'assistance médicale de la femme et de l'enfant.

Bien avant ces entreprises officielles, de nombreux dévouements privés, mus par une grande pitié pour le sort de la femme musulmane, avaient essayé eux aussi de trouver le remède.

Il est impossible de les énumérer tous, la liste seule remplirait plusieurs pages. Je dois me borner et le fais avec regret. J'aurais aimé, en particulier, rendre hommage aux *infirmières de la Croix-Rouge* et à toutes ces religieuses « toubibas » de l'Afrique du Nord : *Religieuses Trinitaires, Filles de la Charité, Petites Sœurs des Pauvres, Sœurs du Bon Secours, Franciscaines missionnaires de Marie*, etc., dont quelques-unes contribuèrent au rayonnement de la civilisation française en terre africaine, avant même que n'y fussent déployés les plis du drapeau français (1).

(1) Je fais allusion ici aux « Sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition », débarquées à Tunis dès 1840. En 1844, elles recevaient déjà ce témoignage de 133 *notables musulmans*, qui écrivaient à leur sujet à Grégoire XVI : « Ces femmes vouent une véritable amitié et un sincère apitoiement à tous ceux qui souffrent et qui sont malades; n'importe à quelle religion appartient le malheureux, elles ne cessent de le voir, et toutes les fois qu'elles peuvent faire un acte de charité, elles ne s'en éloignent jamais, il ne leur répugne pas de les secourir dans leurs graves maladies, telles le choléra, et, en général, toutes celles qui sont la terreur des humains... Nous voyons, dans l'organisation de ces femmes, une véritable source de bienfaits. »

De toutes ces initiatives, je n'en retiendrai qu'une, mais j'en parlerai un peu longuement. Elle est le modèle de tout ce qui fut entrepris en Afrique du Nord par la femme chrétienne consacrée à Dieu.

L'œuvre médicale des « *Sœurs Blanches* », suscitée par ce grand génie et ce grand Français que fut le Cardinal Lavigerie, reste de nos jours l'un des facteurs les plus importants et les moins discutés de relèvement moral en terre africaine.

Appelé de par sa situation d'archevêque, de primat d'Afrique, à jouer dès le début de la conquête un rôle immense dans les destinées naissantes de son pays, le Cardinal Lavigerie comprit bien vite que tous ses efforts ne produiraient jamais des fruits suffisants s'il n'était aidé par des « femmes apôtres » auprès des femmes.

« Seules, pensait-il, des femmes peuvent approcher librement des femmes musulmanes, entretenir avec elles des rapports de charité, panser leurs maux, toucher ainsi leurs cœurs et leur faire comprendre leur profond abaissement par le spectacle même de la hauteur morale à laquelle la femme chrétienne est parvenue...

» Les musulmans n'acceptent pas les communications de leurs femmes avec des étrangers... Or, ce que les hommes ne peuvent pas, les femmes le peuvent. On les admet avec facilité, même avec joie. Les pauvres femmes recluses y trouvent dans l'ennui mortel de leur vie la satisfaction d'une curiosité enfantine. Elles ne veulent plus les laisser sortir. Elles font mille questions étonnées... En un mot, *l'accès est aussi facile à des femmes européennes auprès des femmes indigènes qu'il est difficile aux hommes.* »

Puis, comme il connaissait à fond l'âme musulmane et qu'il savait que pour le rapprocher de nous il faut faire appel non pas tant à l'esprit qu'au cœur, le Cardinal envisagea tout de suite l'exercice de la médecine comme moyen nécessaire pour gagner la sympathie des indigènes et préparer ainsi leur conquête morale.

Toutes les autres œuvres, écoles, ouvriers, etc., ne devaient venir qu'ensuite et trouver leur point de départ dans les bienfaits de cette œuvre primordiale qu'est l'assistance médicale.

Aussi, dès 1867, à peine installé à Alger, et avant d'avoir rien entrepris pour le relèvement moral des indigènes, fit-il une démarche auprès de Napoléon III afin d'obtenir l'autorisation d'établir en Kabylie des « sœurs infirmières » auxquelles seraient confiés cinq ou six dispensaires. L'affaire n'aboutit pas à cause de l'opposition des bureaux de Mac-Mahon, le Gouverneur général.

Mais le Cardinal n'est pas homme à abandonner ses idées quand il les croit bonnes, et, en 1869, tandis qu'il s'occupe par ailleurs de créer les Pères Blancs, pour la population masculine, il appelle de Bretagne huit jeunes filles courageuses, destinées à être les premières pierres de son œuvre. Il veut en faire une congrégation spéciale, uniquement destinée à la terre africaine. Dans le premier texte des Règles qu'il rédige, en 1869, pour ses deux instituts, on remarque l'obligation d'avoir dans chaque station un *dispensaire* et de faire la *visite des malades à domicile* régulièrement. Pour préparer ses missionnaires à ce ministère, il impose des cours de médecine élémentaire et de petite chirurgie dans le noviciat. Il ne cesse de les exhorter à ce genre d'apostolat :

« Je m'adresse à vous pour un ministère de paix. Continuez, vis-à-vis des ennemis de votre foi, l'exercice de la douce charité. Gardez-vous d'exciter leur fanatisme par un zèle imprudent. Secourez leurs pauvres, guérissez leurs blessures, secourez leurs malades. Aimez-les comme vos frères et les enfants du même Dieu. Vous honorerez ainsi votre foi, vous servirez la France chrétienne, car notre manière à nous de la servir et de combattre pour elle, ce n'est pas de la rendre redoutable, c'est de la faire aimer par nos vertus et par nos bienfaits. »

En 1874, le Cardinal crée l'*Hôpital de Saint-Cyprien des*

Attafs dans la vallée du Chéliff et le confie à ces religieuses, devenues les Sœurs Blanches. Il s'agit du premier hôpital indigène tenu par des femmes, c'est le cardinal lui-même qui en a fait le plan, un plan tout spécial, qui s'affranchit des conceptions de notre système européen d'hospitalisation.

L'indigène hospitalisé a besoin de plus de liberté que l'Européen, ses coutumes ne sont pas les nôtres; le Cardinal Lavigerie le sait et il tient à offrir aux Arabes une maison où ils aient toute facilité de vivre un peu comme chez eux. Il leur laisse leur natte et leur nourriture habituelle, respecte leurs heures et leur règlement de vie, et simplifie les formalités d'entrée ennuyeuses pour qui n'en comprend pas la nécessité. Les femmes sont rigoureusement séparées des hommes.

Le succès de la méthode est complet, les sœurs se dépensent sans compter, les malades affluent, les femmes comme les hommes.

Le 5 février 1876, l'Hôpital est inauguré, et cette inauguration donne lieu à de grandes solennités destinées à frapper l'esprit des indigènes. En présence de toutes les autorités civiles et militaires, qui cette fois sont consentantes, les brillantes fantasias qui se déroulent, suivies d'une grande « *diffa* », à laquelle 4.000 personnes prennent part, démontrent l'enthousiasme que provoque cette institution charitable au sein de la population indigène.

Cet enthousiasme est si grand que des musiciens arabes se répandent dans les campements pour y chanter les louanges de la France, qui, par ce grand geste de charité, a conquis tous les cœurs.

Quelques années plus tard, après avoir donné maintes preuves de son efficacité, la méthode fut remarquée par le Gouverneur général Cambon, qui résolut de l'adopter. Visitant la plaine du Chéliff après la famine de 1892, il vint à l'hôpital de Saint-Cyprien des *Attafs* et en étudia l'organisation. La vue de ces salles remplies de malades l'étonna : « J'avais toujours cru, dit-il, que les indigènes étaient

réfractaires au séjour à l'hôpital; d'après ce que je vois ici, ce n'est pas de l'hôpital qu'ils ne veulent pas, mais de nos hôpitaux. »

Et, sans tarder, il résolut d'organiser un service d'hospitalisation sur le même modèle. Il fit appel aux Sœurs Blanches et leur confia les hôpitaux de *Mengalleth*, en Kabylie; d'*Arris*, dans l'Aurès; de *Biskra* et de *Ghardaïa*, dans le sud.

La Revue politique et parlementaire de janvier 1898 appréciait ainsi les services rendus par ces hôpitaux : « Leur succès n'est pas discutable. Mais il faut reconnaître que le mérite en revient aux auxiliaires d'élite que l'administration a trouvés dans les ordres religieux fondés en Algérie par le regretté Cardinal Lavigerie...

» Possédant la langue des indigènes, au courant de leurs habitudes, de leurs préjugés, revêtus d'un caractère religieux qui leur assure le respect de tous, ils étaient tout désignés pour ouvrir les milieux indigènes à l'action de notre charité. Où ils auraient échoué, nul n'aurait pu réussir. »

Deux de ces hôpitaux ont cessé de fonctionner après la guerre : ceux d'*Arris* et de *Ghardaïa*, par suite de modifications dans les services de la colonie. Les autres subsistent toujours, entièrement à la charge des sœurs pour les frais généraux et sans traitement personnel; le gouvernement leur rembourse seulement le prix d'hospitalisation des malades, soit une moyenne de 12 francs par jour tout compris.

Ainsi, dans ces hôpitaux, la « *toubiba* » apparaissait non seulement comme l'unique moyen d'attirer les femmes indigènes, mais encore comme un merveilleux intermédiaire entre le médecin et les hommes eux-mêmes.

Et le travail de ces religieuses « *toubibas* » dépasse souvent de beaucoup le travail d'une simple infirmière. Sans doute, il y a un médecin homme pour chaque hôpital, mais les besoins sont si grands qu'elles savent fort bien le suppléer dans sa tâche, à l'occasion. Elle n'hésitent pas alors

à manier le bistouri pour ouvrir des abcès ou même à amputer de pauvres pieds rongés par la terrible syphilis comme j'ai pu le voir moi même à Saint-Cyprien des Atafis.

De ces hôpitaux, elles rayonnent dans les alentours, elles seules vont visiter les femmes dans leurs gourbis, elles y découvrent des misères indescriptibles. Il ne leur manque que quelques femmes docteurs dans leurs rangs pour accomplir jusqu'au bout leur mission de pénétration.

Leur action est tellement appréciée que leur concours aujourd'hui est universellement sollicité par les autorités civiles, militaires et indigènes.

C'est la Croix-Rouge qui leur confie successivement plusieurs dispensaires, en particulier, en 1923, ce magnifique *Dispensaire école* de la rue Marengo, à Alger, dispensaire polyvalent pour les indigènes hommes et femmes du II^e arrondissement.

La remarquable directrice, Sœur Marie-Madeleine, qui seule a entièrement organisé les dix services spécialisés du dispensaire, a su s'attirer la collaboration bénévole de vingt médecins parmi les plus réputés d'Alger, dont deux femmes médecins pour la gynécologie. Là vraiment se fait un magnifique travail scientifique et social. Les 400 indigènes qui, chaque matin, viennent se faire soigner ont d'abord leurs fiches établies à leur entrée dans la salle d'enquête sociale. Et les dévouées infirmières (religieuses et élèves de la Croix-Rouge) ont ensuite la patience, et quelle patience ! d'aller dans la casbah, à la poursuite de chacun d'eux. Elles calculent qu'elles font à peu près 300 visites à domicile par trimestre. Combien de malheureux n'ont-elles pas déjà tirés de misère ! combien n'en ont-elles pas déjà dirigés vers les œuvres d'assistance !

Après la Croix-Rouge, c'est l'Office algérien d'Hygiène sociale qui confie encore aux Sœurs Blanches d'Alger le *Centre L. Raynaud* ou centre de prophylaxie du Hamma; ce centre, calqué presque entièrement sur celui de la rue Marengo, est appelé au même développement.

En 1928, c'est l'Association Valentin Haüy qui les appelle au *Dispensaire ophtalmologique* de la rue de la Charte. Là, plus encore qu'ailleurs peut-être, les sœurs sont vraiment « toubibas » près des 200 malades qui, chaque matin, assiègent le dispensaire. Sous la responsabilité du Docteur Villemonthe de la Clergerie, ancien élève de la Faculté de Bordeaux, elles se livrent à de véritables petites opérations : cathétérisme des voies lacrymales, ablation des cils à l'électrolyse, *opération du trichiasis*; je les ai aidées dans cette dernière intervention au cours de la visite que j'ai faite au dispensaire.

Dans l'année 1934, elles ont fait 44.763 pansements, et sur 4.067 opérations effectuées, elles-mêmes ont opéré 747 fois, dont 514 pour des trichiasis et 233 pour des électrolyses.

Enfin, c'est le « gouvernement », qui, reconnaissant des services déjà rendus, les voudrait dans toutes ses *infirmières indigènes*. Elles sont déjà à l'infirmérie indigène d'*El Affroun*, dans le département d'Alger; à l'hôpital civil d'*Ak'Bou*, dans le département de Constantine; à la remarquable infirmérie de *Laghouat*, dans le Sahara. Elles ont accepté cette année d'aller dans celle de *Touggourt* qui vient de se créer. Elles sont à l'hôpital civil de *Souk-el-Arba* en Tunisie.

Leur nombre, quoique important (elles comptent plus de mille membres, mais répartis aussi dans le continent noir de l'Afrique), est malheureusement trop restreint pour les besoins immenses du pays; c'est le seul obstacle à un concours plus important.

La lettre suivante du *Gouverneur général Violette* est assez suggestive sur la haute estime que l'on a de leur collaboration, elle a trait à une demande de leur supérieure générale sollicitant le remplacement de deux sœurs qui avaient prêté leur concours à l'infirmérie militaire de *Laghouat* et assuraient dans les Ksours des tournées sanitaires :

« *République française.*

» Alger, le 7 janvier 1927.

» MADAME LA SUPÉRIEURE GÉNÉRALE,

» J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 29 octobre dernier par laquelle vous me priez d'envisager le remplacement de deux Sœurs Blanches qui assurent actuellement le service de l'Infirmerie de Laghouat.

» Votre demande est basée sur les considérations suivantes :

» L'activité de ces deux religieuses ne s'exercerait que sur un petit nombre de malades. D'autre part, la situation de l'infirmerie éloignée de près d'un kilomètre de leur résidence, leur impose des déplacements particulièrement pénibles en été. Les services rendus ne sont pas en rapport avec les fatigues supportées; ils pourraient donner des résultats beaucoup plus importants si l'organisation était différente.

» Je suis persuadé, Madame la Supérieure Générale, que votre modestie a fait mésestimer l'action réellement utile et bienfaisante des ces deux Sœurs Blanches. Il m'a été signalé, en effet, à maintes reprises, les résultats importants qui ont été obtenus grâce à l'aide précieuse qu'elles ont apportée au service médical. C'est ainsi que le nombre des consultations qui ont été données à l'infirmerie indigène pendant leur séjour, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 octobre 1926, s'est élevée à 18.343, alors qu'il n'a été que de 7.837 pendant l'année 1925. Ces chiffres sont éloquentes par eux-mêmes et n'ont pas besoin d'être soulignés davantage.

» Je suis heureux, d'ailleurs, Madame la Supérieure Générale, de vous transmettre une délibération prise par la Commission municipale de Laghouat, par laquelle cette assemblée rend hommage au dévouement de vos Sœurs et demande qu'elles continuent la belle œuvre qu'elles ont entre-

prise à l'infirmerie indigène. Cette manifestation spontanée de l'assemblée communale exprime fidèlement le sentiment de toute la population de cette commune...

» ...J'ai l'intention de revoir le projet de construction de la nouvelle infirmerie et, bien entendu, je me préoccupe vivement de réserver, dans ce bâtiment, un logement convenable aux Sœurs de Laghouat.

» Je serais particulièrement heureux que ces considérations pussent vous inciter à continuer cette mission de bienfaisance que votre communauté a remplie jusqu'ici avec un admirable dévouement.

» Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître la décision que vous croirez devoir prendre à cet égard et que j'espère favorable...

» Veuillez agréer...

» Signé : VIOLETTE. »

L'infirmerie a été construite. C'est celle dont les Sœurs assurent le service depuis 1929.

Ainsi donc, suivant l'expression de Georges Goyau : « La société civile et la société religieuse, par l'effet d'un inflexible réalisme social, sont toujours amenées, même en période de séparation, à conjuguer leurs efforts. Elles ont l'une et l'autre une action constructive, et, sous toutes les latitudes, leurs deux actions collaborent. » (1).

(1) Article sur le Pavillon des Missions à l'Exposition coloniale, paru dans l'*Oeuvre apostolique* d'avril 1931.

Les Franciscaines missionnaires de Marie sont, pour le Maroc, ce que les Sœurs Blanches sont pour l'Algérie et la Tunisie. D'elles, un des généraux commandant la région de *Midelt*, en plein centre de l'Atlas, région encore très exposée, a pu dire peu après leur arrivée dans le pays : « *Elles me valent un régiment*. Tandis, en effet, que nous multiplions nos séductions près des jeunes gens, leur distribuant des armes et des burnous, l'influence que nous avons sur eux est combattue et presque anéantie à leur retour au foyer par la défiance des femmes, mais ces religieuses vont dans toutes les casbahs berbères, disséminées dans la montagne, elles entrent dans les gourbis à la recherche des malades, elles font tomber toutes les préventions, s'attirent les sympathies du monde féminin, et, par les femmes, gagnent les familles. »

TROISIÈME PARTIE

Ce qui reste à faire.

Si considérable que soit déjà l'œuvre accomplie au point de vue assistance médicale de la femme et de l'enfant dans l'Afrique du Nord, bien des buts restent à atteindre.

Les femmes médecins sont encore en nombre infime. Presque partout, la population indigène masculine et féminine est, sur un rayon souvent étendu, exclusivement entre les mains d'un médecin homme aidé d'infirmiers et de quelques infirmières religieuses ou laïques.

Je ne veux pas ici étudier si les dévouements médicaux répondent *en nombre* aux territoires très étendus qu'il s'agit d'assister : je voudrais seulement attirer l'attention sur la qualité de cette main-d'œuvre et voir si elle est parfaitement adéquate à tous les besoins de la population.

CHAPITRE PREMIER

DIFFICULTE POUR LE MEDECIN HOMME DE PENETRER

Déjà à plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de constater que le médecin homme avait rencontré dès le début d'insurmontables difficultés à pénétrer près des femmes indigènes. Je voudrais maintenant réunir ces principales difficultés pour en dégager une vue d'ensemble.

1° *Les femmes viennent difficilement le trouver.* — On pourrait être tenté de croire cette assertion exagérée si de l'Afrique du Nord on n'a entrevu que quelques coins plus privilégiés où l'influence française a pénétré davantage.

Dans les grands dispensaires d'Alger, les femmes viennent maintenant très nombreuses aux consultations données par des hommes (1).

Il en est de même de tous les hôpitaux civils du littoral, de certaines infirmeries de l'intérieur, telle que la remarquable infirmerie indigène de Laghouat (infirmerie tenue d'ailleurs par les Sœurs Missionnaires). Dans ces grands centres d'Algérie, s'agit-il même d'une opération, le mari con-

(1) Nous exceptons toutefois les consultations de gynécologie : celles-ci en grande partie sont tenues à Alger par des femmes médecins. Dernièrement, il fut question, dans un des plus grands dispensaires, de remplacer une de ces femmes médecins par un homme. Un des professeurs très en vue de l'Ecole de médecine s'opposa à cette idée; pour lui, à l'heure actuelle, ce changement serait une grossière erreur. Pendant les quelques mois qu'il tint lui-même le service, sur quinze femmes qui se présentaient à sa consultation, trois seulement se laissaient examiner.

A l'hôpital de Mustapha, le service est tenu par des hommes, et la salle est remplie de femmes musulmanes, mais ces femmes sont loin de représenter l'élite de la société. Il s'agit la plupart du temps de filles-mères. Celles qui ont gardé un niveau de moralité relativement élevé ne viennent que contraintes absolument par la nécessité.

sent peu à peu à confier sa femme au chirurgien qui la sauvera. Il y a quelques années, les hôpitaux civils n'hospitalisaient encore presque aucune femme indigène. Depuis trois ans, celles-ci y sont en nombre égal à celui des Européennes.

Pourtant, que de préjugés encore, même dans ces grands centres ! Préjugés de la part du mari, qui ne consent qu'avec peine à laisser voir sa femme à un « roumi ». Préjugés de la part de la femme elle-même, dont la pudeur est offusquée et qui ne vient qu'avec répugnance et faute de mieux.

Dans les cliniques et dispensaires du Maroc, la consultation du médecin ou chirurgien se fait en présence du mari, presque toujours d'un interprète étranger; les femmes en souffrent vivement.

Leurs répugnances sont si réelles que les plus récentes instructions concernant les infirmières visiteuses en Algérie précisent : « En ce qui concerne les femmes indigènes et étant donné que le médecin ne peut prétendre s'imposer si celles-ci expriment le désir d'être visitées par la seule infirmière, il appartient au médecin de se retirer. Il est ensuite du domaine de l'infirmière de lui rendre compte de ses observations et de lui demander toutes instructions utiles au sujet du traitement à faire suivre à la malade. »

Plus on s'enfonce dans les terres, plus on se heurte à ces répugnances et à l'obstination farouche de l'Arabe, qui ne veut pas laisser entamer les prescriptions intangibles du Coran.

Combien de fois les infirmières des dispensaires sont-elles les témoins de scènes semblables : un Arabe leur a amené sa femme pour qu'elles-mêmes la soignent : « Ta femme est trop malade, lui disent-elles, nous ne pouvons la guérir, il faut la conduire à l'hôpital, le « toubib » la sauvera. » Mais l'Arabe refuse. « Si tu refuses, elle mourra. — Tant pis ! » La réponse est d'autant plus catégorique que le malheur en question n'est pas bien grand !

Tout ceci s'applique aux régions où les femmes peuvent sortir, mais nous savons qu'il n'en est pas ainsi partout; dans les classes les plus *aristocratiques*, la femme est rigoureusement enfermée; il en est de même pour toutes les classes dans certaines régions comme le Mزاب.

La presque totalité des territoires du sud est dans le même cas.

Récemment, on a voulu y instituer l'assistance aux mères et aux nourrissons. Pour attirer ceux-ci à la consultation, on a promis une allocation de 15 francs par mois : l'enfant a été envoyé, mais la mère est restée au gourbi; c'est la sœur, une fillette non nubile, ou une « vieille », ou le père qui a conduit l'enfant au médecin. Cette coutume limite évidemment les effets des conseils déjà accueillis avec méfiance !

2. *Si les femmes viennent difficilement trouver le médecin homme, les cas où celui-ci est appelé à domicile sont encore beaucoup plus rares.* — Les exceptions là encore se voient en Algérie, sur le littoral et chez certains indigènes plus cultivés, d'esprit plus ouvert. Dans certains cas *graves*, ils appelleront le médecin homme près de leur femme. La plupart du temps, ils le feront sur la demande de l'infirmière visiteuse ou des religieuses qui seront entrées les premières; celles-ci auront dû longtemps insister pour décider le mari, souvent même leur présence sera requise au moment de la consultation. Tout récemment à Meknès, la femme du Pacha était malade, le médecin ne put y venir que sur les instances des Religieuses Franciscaines de Marie, qui étaient fort bien reçues dans la maison, et elles durent rester à la consultation.

A Laghouat, malgré l'évolution produite par le succès de la nouvelle infirmerie indigène, quand un médecin est appelé dans une maison, une sœur doit l'accompagner.

Mais, dans beaucoup d'endroits, le mari refuse net la visite du médecin; une religieuse qui a vécu huit ans au Mزاب m'a dit que pendant ces huit années deux ou trois familles seulement avaient accepté le médecin.

3. *Quand le médecin homme est appelé, son rôle médical reste très limité*, tant sur la mère que sur l'enfant, car il est toujours appelé à la dernière minute. Les femmes ont déjà épuisé sur la malade toutes les ressources de la thérapeutique indigène avec ses pitoyables et, parfois, nocives superstitions; puis quand le médecin a établi son traitement, l'exécution de l'ordonnance est encore confiée aux femmes, qui appliquent à leur façon ou n'appliquent pas les prescriptions. Il est impossible au médecin d'exercer sur ce point une surveillance quelconque, il est appelé en passant et ne peut revenir de lui-même; s'il rencontre le mari les jours suivants, la bienséance lui interdit même de demander des nouvelles de la malade. On ne doit pas parler de ses femmes à un vrai musulman !

4. Que dire alors de son rôle d'éducateur, de conseiller, d'ami de la famille, qui est le plus beau côté de sa mission ? En pays musulman, *ce rôle est impossible*. Le médecin homme, d'aucune manière, ne peut songer à le réaliser dans le foyer indigène, fût-il intime avec le mari. Son rôle près de la femme reste un rôle de pur technicien; il peut, à la rigueur, pratiquer un examen, ordonner un médicament, c'est tout.

Eduquer, cela suppose une œuvre de longue haleine, des interventions multiples. Pour arriver à semer un peu d'hygiène physique et morale dans ces milieux indigènes, il faudrait que le médecin pût être appelé, comme chez nous, à dire son mot à propos de tous et de tout, à l'occasion des moindres misères de chacun, petits et grands.

Combien il serait nécessaire que ce côté de sa mission ne lui soit pas interdit ! L'interdiction existe, hélas ! et existe pour longtemps encore. Si, en Algérie, on a mis cent ans pour voir se dessiner dans les grands centres une certaine évolution dans l'accueil reçu par les femmes indigènes, combien faudra-t-il encore de générations pour que l'évolution soit totale dans toute l'Afrique du Nord ?

CHAPITRE II

INSUFFISANCE DE LA FEMME SIMPLEMENT INFIRMIERE

Mais, dira-t-on, pour compléter le médecin homme, on essaie actuellement de lui donner des infirmières visiteuses. Le médecin homme aidé de ses infirmières suffira à la tâche : à lui le rôle de technicien, à elles le rôle d'éducatrices. Nous ne contestons pas que cette collaboration ne soit déjà un gros progrès. Nous avons vu tout ce que les infirmières religieuses ou laïques avaient déjà réalisé près des femmes indigènes. Toutefois, qu'il s'agisse des soins médicaux ou de l'influence morale à exercer, je pense que cette solution n'est pas encore suffisante.

Tout d'abord, n'est-il pas un peu compliqué de voir l'infirmière pénétrer près de la femme indigène pour l'examiner avec sa formation clinique rudimentaire; transmettre au médecin ses observations et attendre de lui le diagnostic et le traitement sans avoir pu elle-même prendre aucune des initiatives du médecin ? Si elle était arrivée avec un diplôme de docteur, que de simplifications !

Puis nous visons à prendre sur l'indigène le plus d'influence possible. Or, cette influence est en proportion directe des bienfaits que l'on apporte; elle dépend aussi du prestige de celui qui apporte le bienfait.

La femme médecin, qui a un champ d'action médicale plus étendu, qui peut donner aux malades tous les conseils et soins opportuns, prendre toutes les initiatives médicales du « toubib » lui-même, qui, par une situation officielle, peut arriver avec l'auréole d'un chef de service chargé de plus de responsabilités, la femme médecin a plus que la simple infirmière les moyens d'agir sur l'esprit de ses clients.

Enfin, dernière remarque, cette influence morale pour être réelle ne doit pas être combattue par des procédés qui choquent la mentalité indigène. L'idée, par exemple, d'envoyer une seule infirmière visiteuse dans le bled, en collaboration continuelle avec le médecin homme, usant du même moyen de locomotion pour les visites dans les douars, a été accueillie avec quelque scepticisme par ceux qui connaissent la mentalité des habitants.

Cette situation étrange, en effet, aux yeux des indigènes (et ne l'est-elle pas un peu aux yeux des colons eux-mêmes ?) a été une des grandes causes du discrédit jeté au début sur les infirmières visiteuses en Algérie. Avec la femme médecin l'objection tombe.

Notons bien qu'il n'est pas question de vouloir remplacer les infirmières visiteuses par des femmes médecins, ces dernières resteront toujours en nombre restreint par rapport aux besoins des populations, seules elles ne peuvent rien faire, elles se trouvent débordées : la mission de chacune est différente. Mais beaucoup se demandent si la femme médecin aidée de ses infirmières visiteuses ne serait pas plus utile près de la femme indigène que le médecin homme avec ces mêmes infirmières.

CHAPITRE III

NECESSITE DE LA FEMME MEDECIN

Mais, ici, les avis les plus autorisés sont encore tellement partagés qu'il est impossible de ne pas dire quelques mots des principales objections que soulève à son tour cette idée de la femme médecin en Afrique du Nord.

§ 1. — Avis contradictoires sur l'influence possible de la femme médecin.

On conçoit bien qu'une femme, munie d'un diplôme de docteur, soit à même, sous certains rapports, d'avoir une action médicale et morale très efficace sur le foyer indigène; mais à son tour elle se heurte, parce qu'elle est femme, à des difficultés que ne rencontre pas le médecin homme. De nombreux faits sont là pour le prouver; somme toute, les difficultés de son côté ne sont-elles pas encore plus grandes ?

a) Au point de vue *rayonnement français*, à moins d'exceptions brillantes, elle ne peut remplacer son confrère masculin. Si elle réussit mieux près des femmes, les hommes ne sont pas préparés à lui confier leurs misères. La femme, aux yeux du musulman, est un être tout à fait inférieur et méprisable. Ce mépris retombe sur l'Européenne venue pour soulager; on n'a pas confiance en elle.

La « toubiba religieuse » est à part, son caractère religieux en fait une « marabouta » vénérée. Au début, quelques indigènes l'ont crue directement descendue du ciel, mais la « toubiba laïque » éveille tout de suite la défiance; les indi-

gènes, non seulement n'ont pas confiance pour eux-mêmes, mais ils la redoutent pour leurs femmes. Cette étrangère n'apportera-t-elle pas à sa suite les idées d'émancipation auxquelles ils sont encore si réfractaires ? On cite plusieurs faits à l'appui de cette assertion : L'an dernier, un caïd tunisien demandait aux Sœurs Blanches de venir voir sa femme pour la soigner; il demeurait loin de Tunis, les Sœurs débordées d'ouvrage demandèrent à une infirmière résidant à proximité d'y aller. Le caïd la reçut très poliment, lui donna 100 francs pour payer son voyage et... la renvoya sans lui laisser voir sa femme. Il voulait des religieuses, personne autre.

b) Pour sa *vie personnelle*, les difficultés que la femme médecin rencontre ne sont pas moins considérables.

Difficultés matérielles. — Sa résistance physique est moins grande que celle de l'homme et si elle réussit près des indigènes, elle risque vite de succomber à la tâche. Nul n'ignore combien est absorbante l'assistance médicale indigène.

Autre difficulté matérielle : les *soucis pécuniaires* là où n'existe pas un fixe suffisant. La clientèle indigène n'aime pas à payer, à plus forte raison la clientèle féminine; la femme ne possède rien en pays musulman et le mari n'est pas souvent disposé à faire des sacrifices pour elle.

Difficultés morales surtout. — Si elle se trouve isolée dans certaines régions, elle va être en danger, tant de la part des indigènes que de la part des quelques Européens de l'endroit. On ne la voit guère, si elle est appelée la nuit, s'en aller seule à travers la montagne ou le bled, même avec un gardien.

Quelques-unes le font, mais est-ce à conseiller en général ? Les religieuses sont toujours à deux pour visiter les gourbis, et malgré leur caractère religieux, qui impose le respect, la précaution, paraît-il, n'est pas exagérée.

Enfin, sous le poids de ces multiples difficultés et sans aucune détente morale, accablée par la rigueur du climat

et des besognes souvent répugnantes (fonctions de médecin légiste entre autres, nous savons combien les meurtres, les empoisonnements sont fréquents en ces régions), sans même avoir la consolation de constater immédiatement les fruits d'un apostolat qui lui demande tant d'abnégation, la femme médecin au courage le mieux trempé ne sera-t-elle pas tentée de trouver l'exil trop dur ? Résistera-t-elle au découragement qui la guette ? Combien déjà sont revenues profondément déçues !

§ 2. — Réponse aux objections. Recherche des meilleures conditions matérielles et morales à réaliser pour que la femme médecin puisse exercer sa mission.

a) Il ne s'agit pas de remplacer partout le médecin homme par le médecin femme. Mme Lamre Desprès, qui se faisait en 1926 l'interprète des femmes médecins d'Algérie, soumettait ainsi ses suggestions à M. Viollette : « Notre conviction est que, si la création d'un corps de dames visiteuses est en tout point souhaitable, la formation parallèlement d'un corps de doctresses françaises, arabisantes et kabylisantes, serait d'un haut intérêt et ne pourrait prêter ombrage au corps des docteurs, puisque le *champ d'action des doctresses s'étendrait à un domaine qui reste fermé pour eux.* »

On ne saurait conseiller à une femme de jouer un rôle analogue à celui de Mlle le Docteur Langlais, du Maroc, en raison des qualités exceptionnelles que ce rôle nécessite. Le rôle de médecin de colonisation, qui, dans la conception actuelle, s'adresse tout autant à la population masculine indigène qu'à la population féminine, ne semble pas non plus fait pour elle. Son domaine à elle, je l'ai déjà dit, c'est : la mère et l'enfant. Quant à penser que, même dans ce domaine, la femme médecin, parce qu'elle est femme, est fatalement exposée au mépris de l'indigène, n'est-ce pas raisonner à priori, ou n'avoir eu l'expérience que de quelques faits malheureux ?

Qui ne sait combien le musulman est observateur ? Selon la façon dont l'Européen se présente à lui, l'accueil reçu est très différent. Sans aucune moralité pour lui-même, il est très exigeant quand il s'agit des autres, il flétrit vite des habitudes tant soit peu légères, innocentes même aux yeux des Européens. Mais que la Française se présente à lui, irréprochable quant aux qualités morales, il la reconnaît supérieure à ses propres femmes, et le respect qu'elle lui impose remplace bien vite le mépris.

Un infirmier arabe disait récemment à une auxiliaire de dispensaire qu'il estimait beaucoup : « Il faut m'excuser, Mademoiselle, si je ne t'ai pas invitée l'autre nuit pour les réjouissances du mariage de mon frère, je savais que cette réunion d'hommes plairait à ta compagne qui aime bien à fumer et à sortir, mais je pensais qu'elle ne te conviendrait pas. »

Les religieuses, à leur arrivée dans le pays, rencontrèrent elles aussi beaucoup de méfiance; les premières tournées missionnaires furent peu encourageantes; à l'appel des sœurs, les enfants s'enfuyaient, les portes se fermaient, il n'y avait plus aucun malade. Puis les préjugés tombèrent peu à peu pour faire place à une vénération qui n'est plus aujourd'hui discutée de personne.

Sans habit religieux, la « toubiba » doit peut-être lutter plus longtemps pour gagner l'estime de la population, elle la gagne si elle est à la hauteur de sa tâche.

Tout dépend de ses qualités personnelles.

Mais ces qualités sont absolument indispensables. On ne saurait trop insister sur ce point.

Son action, pour être fructueuse, demande une véritable préparation :

Préparation morale d'abord : vie en tous points irréprochable.

Patience à toute épreuve.

Désintéressement pécuniaire.

Surtout respect et amour des indigènes.

Trop d'Européens les considèrent comme des êtres infé-

rieurs : « C'est une race de haute animalité », entend-on dire; les indigènes comprennent ces dédains et en souffrent, le fond de défiance qui subsiste dans leur cœur à l'égard du « roumi » s'en trouve continuellement ravivé.

Sans l'amour des indigènes, sans le désir de leur relèvement moral, comment avoir l'abnégation, la patience, le désintéressement nécessaires près d'eux ?

Comment supporter les rigueurs du climat, le contact de la malpropreté, les souffrances de l'exil ?

Mais il faut plus que cette préparation morale. « Nous sommes à un temps, a pu dire Pie XI, où l'héroïsme sans la science ne suffit plus. » Une véritable *préparation sociale* est à la base de tout apostolat fructueux.

On ne peut agir sur ces populations si l'on ne connaît à fond leur mentalité, leur langue, leurs mœurs.

On ne peut agir si, par un prosélytisme maladroit, on referme des âmes qui s'entr'ouvraient sous l'action du bien-fait. Il faut savoir que le grand apostolat à exercer près des musulmans à l'heure actuelle est celui de la charité, se rappeler les belles directives données par les Lavigerie et s'entourer de leur sainte prudence.

Si les expériences faites par le Gouvernement n'ont pas toujours parfaitement réussi, a-t-on songé chaque fois à cette double préparation morale et sociale ?

L'exemple d'Aurélia Tedjani ⁽¹⁾, « la Princesse des Sables », comme on l'a surnommée, est là pour montrer le prestige extraordinaire que peut avoir dans ces pays une femme en tous points « supérieure ».

L'exemple de Mme Léger et tant d'autres sont aussi probants.

Non seulement de telles femmes ont su gagner la sympathie des indigènes, mais elles ont su faire aimer la France

(1) Il ne s'agit pas d'un simple roman, cette biographie romancée repose sur des faits très précis comme peuvent le dire les témoins oculaires de la vie d'Aurélia Tedjani.

par une sorte de prolongement de cette sympathie qu'elles inspiraient.

« Mal compris, a-t-on pu dire, le rôle de la femme médecin peut être désastreux; bien compris, il constitue, du point de vue français, un moyen politique de tout premier ordre. »

Et n'y a-t-il pas, en plus, dans l'exemple donné par ces femmes, un grand espoir de relèvement pour la femme musulmane ?

Il ne s'agit pas seulement de l'action directe qu'elles peuvent avoir sur celle-là, mais de la prédication muette qu'elles sont pour l'esprit du musulman lui-même.

Le spectacle de leur activité si compatissante et si éclairée n'ébranle-t-il pas singulièrement les préjugés lamentables qui placent la femme à un tel rang d'infériorité ?

Le Père de Foucauld, pour relever le monde musulman, voulait faire venir des colons qui, partageant la vie des indigènes, mêlés à eux le plus possible, auraient été pour eux un continuel exemple : une « toubiba » non pas extraordinaire, inimitable comme la religieuse, mais tirée du commun des mortels, comme la femme indigène, ne peut-elle aussi servir d'exemple ?

b) Reste à voir dans quelles conditions la vie personnelle de la femme médecin est possible en ces pays.

Le côté *pécuniaire* est un côté prosaïque, il doit cependant être envisagé.

La clientèle indigène n'aime pas payer, et la femme médecin, pour réussir, doit se montrer très désintéressée.

Les « Etats généraux du Féminisme », l'an dernier, ont émis des vœux pour que des crédits suffisants leur soient donnés en compensation par l'Etat. Au Maroc, pour une raison ou pour une autre, tous les médecins en exercice sont rétribués par l'Etat. Les femmes médecins en général ne le sont pas.

La Belgique, elle, rétribue même ses religieuses missionnaires, infirmières diplômées d'Etat, elle y voit une question d'humanité et aussi de politique.

Mais la question la plus importante à trancher est celle de l'*isolement moral*, avec toutes ses conséquences, qui attend la femme médecin dans certaines régions. Dans les grands centres la question se pose avec moins d'acuité. Il y a maintenant tant d'Européens que l'isolement moral n'y est guère plus grand qu'en France pour une femme seule. Là, le champ d'action est déjà très grand.

Dans le *bled*, cet isolement est beaucoup plus redoutable, et pourtant la femme médecin n'est-elle pas le grand espoir de ces vastes étendues ?

Celle qui est mariée, surtout mariée à un médecin, où celle qui, originaire du pays, peut s'appuyer sur sa famille, ignore bien des difficultés.

Mais pour les autres, le célibat isolé apparaît en effet plein de dangers, et on ne peut le conseiller.

La situation désolée qui les attend sous un climat déprimant semble au-dessus des forces humaines.

Il semble que la solution doive alors se chercher dans le *groupement* de plusieurs femmes médecins et infirmières, petits groupes dont l'action serait limitée tout d'abord, mais qui pourrait ensuite rayonner progressivement, faire tache d'huile.

Seul, le groupement peut apporter la sécurité morale, constituer une atmosphère où l'on s'initie peu à peu aux mœurs et aux coutumes indigènes, donner du secours au temps de la maladie ou de la vieillesse, mettre à l'abri de la pauvreté, favoriser même le recrutement en aidant les étudiantes dans les frais d'études.

Seul il peut apporter le réconfort, l'appui, la détente morale indispensables.

Seul, enfin, le groupement peut donner la continuité, l'homogénéité de l'effort. L'œuvre devient compacte, solide, on sent qu'il y a là une force.

Remarquons que cette conception est tout à fait dans la mentalité indigène qui a de la difficulté à comprendre nos mœurs plus libres et la vie de nos femmes célibataires, c'est donc un des éléments de réussite.

Naturellement, de tels groupements exigent chez les membres les mêmes aspirations. C'est la communauté d'idéal qui permet d'ajouter aux autres renoncements les contraintes de la vie commune.

Or, à ce point de vue, on propose deux solutions :

1° La *vie religieuse* en est une. Si les ordres religieux accueillent toutes les vocations, sans considération technique ou professionnelle, nous avons vu pourtant qu'en pays musulman cette circonstance ne les empêche ni de créer ni de développer de nombreuses œuvres médicales ou paramédicales; que ces œuvres sont même le point d'appui de toutes les autres œuvres.

Une femme médecin dans un ordre religieux est appelée à rendre d'immenses services. Il n'en existe pas encore en Afrique du Nord, mais il en existe dans d'autres colonies, et, en Afrique du Nord, on les désire, on les attend.

2° On parle beaucoup aujourd'hui d'*Associations* à caractère plus ou moins *laïcs*, et ne s'adressant qu'à des techniciennes : médecins, infirmières, pharmaciennes, sages-femmes.

Ces associations permettraient de grouper toutes les bonnes volontés qui ne veulent ou ne peuvent s'engager dans les liens de la vie religieuse.

Il s'agirait d'un cadre de vie plus souple, la vie commune existerait simplement comme appui et sécurité.

Les pays protestants sont entrés les premiers dans la voie de ces réalisations.

Dans l'*Annual Supplement to conquest by Healing* (décembre 1926), nous lisons, pour l'Angleterre, les chiffres suivants :

Total des médecins au service des missions : 543, dont 217 femmes.

Ces femmes médecins missionnaires font toutes partie, en général, d'associations de ce genre :

Edinburgh medical missionary society, par exemple, *London medical missionary association*, etc.

Actuellement, dans les pays catholiques, grâce à l'évolution des idées, aux directives de Sa Sainteté Pie XI, de nombreuses réalisations commencent de tous côtés.

Société médico-missionnaire, fondée par Anna Dengel aux Etats-Unis.

Institutum Deiparæ, pour l'Angleterre.

Institut pour étudiants de Budatétény, près de Budapest, pour la Hongrie.

Institut médico-missionnaire de Wurzbourg, pour l'Allemagne (1).

En France, des tentatives plus modestes existent aussi dans ce genre, mais ces essais sont trop récents pour qu'il soit possible de fixer déjà leur but et leur organisation propre.

Les membres sont appelés à vivre en famille en pays de mission, sous l'autorité d'une directrice; elles reçoivent une formation coloniale sérieuse, elles sont animées d'un véritable désir d'apostolat.

L'Ecole d'infirmières sanitaires coloniales, de l'Institut Lannelongue, à Paris, institut absolument supra-confessionnel, a été conçue un peu dans le même esprit.

Pour l'Afrique du Nord, il faut citer les tentatives de Mgr Lemaître à Carthage, et, en Algérie, celles des *Assistentes médicales et sociales* de Rivet, près d'Alger. Ces dernières ont déjà parfaitement réussi auprès de la population indigène de Rivet même.

En dehors de ces associations missionnaires, subsistent quelques autres solutions :

Une femme médecin peut s'appuyer dans le bled à une œuvre déjà existante : Croix-Rouge, établissement tenu par des religieuses, etc.

Attachée ostensiblement à une station de Sœurs Blanches, dans une tribu Kabyle de 2.000, 4.000 ou 6.000 âmes, profitant

(1) Pour plus de détails consulter : Dom Ugo Bertini, *Pie XI et la médecine au service des missions*, Paris, 1928, ainsi que la thèse très documentée de Mlle Butavaud.

dès le début de tout le prestige dont les sœurs sont entourées, elle pourrait, paraît-il, devenir la reine de la tribu et y exercer une influence merveilleuse.

Encore est-il que, ne partageant pas la vie de la communauté, son isolement moral, quoique moins grand que si elle vivait complètement seule, risque encore d'être fort pénible.

C'est lui demander presque toute l'abnégation des religieuses sans ce qui fait leur réconfort.

Il faut bien avouer qu'en France nous ne sommes encore qu'à la période des tâtonnements. Ce n'est pas une raison pour croire la solution du problème impossible.

Après avoir envisagé les différentes conditions morales et matérielles dans lesquelles la femme médecin doit se trouver pour réaliser au mieux sa mission, il nous reste à étudier comment elle doit s'organiser *extérieurement* pour réussir, en un mot quelle tactique elle doit adopter.

§ 3. — Tactique à adopter.

Le domaine où la femme médecin peut et doit s'imposer et où elle seule peut s'imposer jusqu'au bout comprend, nous l'avons déjà dit, tout ce qui touche la femme et l'enfant.

Dans ce domaine, elle a double rôle :

Un rôle proprement médical, qui est de soigner, et un rôle d'éducatrice médicale, qui lui permet d'assumer sur un plus large terrain un rôle d'éducatrice humaine.

1° SOIGNER.

Sous ce rapport, il y a lieu d'envisager successivement les consultations diverses pour femmes et enfants indigènes, les hôpitaux et infirmeries pour femmes, les maternités, les centres de puériculture, enfin les visites à domicile.

a) *Les consultations diverses.* — Les méthodes nouvelles d'assistance médicale réclament la multiplication de dispensaires polyvalents, fonctionnant en liaison étroite avec les centres de diagnostic organisés dans les grandes villes.

Ces dispensaires, comme ces centres de diagnostic, doivent, pour réussir, avoir leurs consultations de femmes rigoureusement distinctes de celles des hommes. Il est logique de faire appel aux femmes médecins pour diriger ces consultations de femmes, c'est une des autres conditions de réussite, qu'il s'agisse de consultations générales ou de certaines spécialités comme l'ophtalmologie, qu'il s'agisse surtout de consultations de *gynécologie*, d'*obstétrique*, de *vénéréologie* ou encore de *consultations contre la stérilité*, l'un des plus puissants moyens d'attirer les femmes indigènes.

b) Les *hôpitaux et infirmeries indigènes* pour femmes, qui permettent d'hospitaliser les plus atteintes, doivent encore, pour réussir, être dirigés par des femmes.

Dans les Territoires du Sud, en particulier, les infirmeries spéciales pour femmes sont d'un besoin urgent.

c) *Les Maternités*. — Au Maroc, ce qui a été fait par M^{me} Légey à Marrakech est à faire dans toutes les villes : « Cette création de maternités uniquement indigènes doit, à mon avis, écrit M^{me} Légey, faire partie du programme de pénétration française, au même titre que la création à l'avant d'hôpitaux et d'infirmeries indigènes, parce que, plus encore peut-être que tous les autres services, ces maternités indigènes seront des centres d'attraction de première importance, dont le champ d'action ira jusqu'à la cellule primordiale marocaine.

» Maintenant, est-il nécessaire de répéter que si la Maternité de Marrakech a complètement réussi, c'est uniquement parce qu'elle a un personnel féminin de médecins et de sages-femmes ?

» Les maternités indigènes qu'il faudra incessamment créer devront être équipées de la même manière pour rendre les mêmes services à la société marocaine et à la cause française.

» Les femmes médecins vont avoir au Maroc, d'ici peu d'années, un champ d'action considérable, puisque, seules, elles pourront diriger ces maternités et leur donner leur plein essor. »

En *Algérie* : Dans les grandes villes, les hôpitaux et dispensaires reçoivent avec un maximum de confort les mères et les nourrissons, mais la femme indigène se trouve transportée en plein milieu européen; les médecins y sont des hommes, et il y a encore bien des femmes qui n'acceptent pas et préfèrent se faire accoucher en ville par une matrone.

Il n'existe encore aucune maternité qui leur soit spécialement réservée; les cliniques indigènes d'Alger, où l'on pratiquait autrefois les accouchements, se sont vu retirer cette spécialisation. Les femmes enceintes y sont admises les derniers jours de leur grossesse et sont évacuées aux premiers signes de l'accouchement sur l'Hôpital de Mustapha. La femme indigène risque ainsi d'accoucher dans la voiture d'ambulance, pour peu que celle-ci, prévenue au milieu de la nuit, tarde à arriver.

Est-il vraiment impossible de réaliser mieux ?

En *Tunisie*, il existe des maternités qui atteignent la population des villes, mais non celle des campagnes. Il est question d'en créer une dans chaque chef-lieu de canton.

Enfin partout, en Algérie, en Tunisie et au Maroc, là où le peu d'importance du lieu ne permet pas d'avoir une maternité, l'hôpital ou le poste sanitaire qui assure l'assistance médicale devrait avoir au moins un centre obstétrical et une accoucheuse.

Le docteur Laffont, dans son rapport à Genève, envisage même, pour les contrées encore éloignées de tout centre médical, l'organisation de secours d'urgence par auto ou avion, pour opérer sur place ou ramener la malade.

d) *Les centres de puériculture.* — Dans les villes, surtout en Algérie et au Maroc, la protection de l'enfance du premier âge commence à être bien organisée. On a multiplié les *gouttes de lait*, les *crèches* et les *consultations de nourrissons*, mais ces organisations, elles non plus, n'atteignent pas la campagne.

De plus, il reste à créer, partout où il y a des maternités, des *pouponnières* pour enfants indigènes abandonnés ou

orphelins; des *centres de puériculture*, où l'on élèvera ces enfants jusqu'à l'âge où l'on pourra s'occuper de leur éducation; des *jardins de soleil* pour les enfants débiles. Presque rien de cela n'existe encore.

Le Centre de puériculture de *Rabat* (maternité, goutte de lait, crèche, garderie), créé par M^{me} la Maréchale Lyautey (1), peut être considéré comme le modèle du genre. En Tunisie, Mlle le Docteur Nicolle (2) nous dit qu'à part certains dispensaires de Tunis et différentes gouttes de lait créées par M^{me} Saint, l'hygiène infantile commence à peine à être établie.

Au même titre que les maternités, ces œuvres sociales ne sollicitent-elles pas le dévouement des « *toubibas* » ?

c) *Enfin, les visites à domicile*. — Nous avons déjà dit que, seule, la femme médecin peut pénétrer dans les demeures indigènes, y recevoir la confiance des misères les plus intimes et apporter jusqu'au bout le soulagement que ces misères réclament.

2° EDUQUER.

a) *Education de la femme indigène*. — Il ne doit pas suffire à la femme médecin d'apporter à la femme indigène un soulagement passager, elle doit lui demander l'effort de collaboration nécessaire pour que son action soit durable et aboutisse à un véritable relèvement.

Œuvre de longue haleine, œuvre de tact et de patience, la fierté et la susceptibilité ombrageuse de l'indigène ne s'accommodent pas de leçons directes. Heurter de front un préjugé, c'est s'exposer à le voir s'enraciner à tout jamais. Sourire d'une croyance absurde ou d'une pratique superstitieuse ne

(1) C'est à M^{me} la Maréchale Lyautey que l'on doit presque entièrement l'organisation des autres œuvres d'assistance à l'enfance qui existent au Maroc. Cette noble tradition a été continuée par M^{me} la Résidente générale Steeg. L'œuvre réalisée en Tunisie par M^{me} Saint est un sûr garant de la progression de cette action sociale.

(2) Compte rendu des « *Etats généraux du féminisme* ».

sert qu'à souligner d'un trait maladroit la différence de mentalité et à accuser les distances. Un « ma tefechemch » (elle ne comprend pas) déçu ou indifférent sera l'inévitable riposte et le fossé s'en trouvera élargi. Une âme un instant entr'ouverte se sera refermée et se dérobera désormais à toute tentative d'influence.

Le premier enseignement à donner est celui de la *propreté*; il faut reprendre inlassablement la leçon, multiplier les avis, les insinuations, les objurgations, souvent avec le plus magnifique insuccès...

En présence de l'apathie et de la mauvaise volonté flagrante de la femme indigène, il devient souvent nécessaire de recourir aux grands moyens : tel pansement qu'on n'aura pas su préserver de contacts malpropres ne sera pas renouvelé; il faudra refuser d'enduire de pommade une tête par trop négligée, etc.

Cette fois, la leçon sera comprise, il ne restera plus qu'à s'extasier sur la beauté du marmot « aussi propre et aussi joli qu'un petit Français », compliment auquel la femme indigène est des plus sensibles.

Il faut aussi savoir intéresser la femme indigène à la maladie de son enfant. lui enseigner à donner quelques *soins bien simples*, qu'elle ignore généralement, à faire un enveloppement sinapisé, un cataplasme, à poser des ventouses sèches, à employer de l'huile en cas de brûlure, non l'enduit de boue argileuse.

Cette éducation peut déjà commencer dans les *écoles*, c'est ce qu'on cherche à réaliser de plus en plus. Au Maroc, pour ne citer que cet exemple, Mme Ravez a organisé des cours de puériculture dans toutes les écoles musulmanes de filles créées par elle.

Le plus bel exemple est donné en Tunisie à l'Ecole Louise-Renée-Millet.

Après l'école, c'est aux *consultations* des dispensaires, des hôpitaux et infirmeries indigènes que cette éducation continue pour les femmes qui les fréquentent régulièrement. Mais c'est

surtout dans les *visites à domicile* qu'elle doit s'achever et donner son plein rendement. C'est là principalement que doivent tendre tous les efforts.

Car l'éducation de la femme ne peut se faire en des rencontres rapides et rares.

Pour ébranler peu à peu toute une hérédité d'ignorance médicale et de superstitions, il faut une action qui s'exerce longuement et en plein milieu familial. La « toubiba », qui pénètre au propre foyer des femmes et sait gagner leur confiance, a bientôt l'attention sympathique d'un nombreux auditoire; alors que le médecin, même accepté, ne vient qu'en passant, elle, est invitée à s'asseoir, à prendre le thé, au milieu des servantes multiples et des amies dont les visites sont si fréquentes. On lui demande ses conseils pour chacune, sa consultation devient une consultation familiale. La voici introduite dans l'intimité de ces vies féminines, elle s'y crée des amitiés qui l'y rappellent et lui permettent d'observer de près les mœurs et les coutumes.

Plus que partout ailleurs, elle est à même de saisir sur le fait la mise en œuvre de la thérapeutique indigène, de proposer les procédés de la vraie médecine, de faire toucher du doigt à propos de cas concrets et incessants que ces procédés réussissent là où les recettes rudimentaires et magiques échouaient depuis toujours.

Un jour peut-être, à force de patience et de ténacité, elle aura réussi à faire pénétrer le grand jour et le grand air dans ce milieu familial pour le transformer.

Mais avant ce jour encore lointain, une confiance, un abandon, tels qu'ils peuvent s'établir seulement entre femmes, lui auront rendu possible une autre action éducatrice, celle-ci d'un ordre plus élevé encore : l'*éducation morale*, à laquelle le médecin, en Afrique du Nord, devrait s'attacher comme à ce qu'il y a peut-être de plus important et de plus beau dans ses fonctions; éducation morale qui ne s'arrête pas seulement à la mère, mais qui atteint aussi l'enfant, pour l'avenir duquel en passant on aura consulté la « toubiba »; qui atteint

tout le foyer familial, car celui-ci bénéficie de tout ce qui élève la femme.

Tout cela en amie, sans que ceux que l'on veut éduquer se doutent qu'on veut les éduquer, en amie à qui l'on est reconnaissant parce qu'elle a soulagé des êtres qui sont chers et pour qui on a été inquiet; en amie qu'on a adoptée et contre les affirmations de qui l'on est moins en défiance.

La formation hygiénique donnée dans les écoles aux petites filles ne peut remplacer cette éducation concrète donnée au foyer même. Cette dernière est d'un ordre différent; elle est infiniment plus assurée de produire ses fruits parce qu'elle est donnée sans qu'on s'en doute, sans qu'on se mette sur la défensive contre elle, surtout parce que, pour éclairer les esprits, elle a pris le meilleur et le plus sûr moyen, qui est de toucher et de gagner d'abord les cœurs.

b) *Education des auxiliaires médicales indigènes.* — Le rôle de la femme médecin ne se borne pas à soigner et à éduquer personnellement la femme indigène. Il lui faut de toute nécessité des auxiliaires. Pour le moment et pour longtemps encore ce sont des auxiliaires européennes : infirmières, sages-femmes, qui doivent partager avec elle la belle mission de collaborer au relèvement moral en terre d'Islam.

Mais l'idéal serait de donner au monde musulman des *toubibas indigènes* : médecins, infirmières visiteuses, sages-femmes, etc. Telle est l'opinion de tous ceux qui se sont particulièrement occupés de ces questions.

Le docteur Dinguizli fait remarquer ⁽¹⁾ « que l'identité de croyance permettrait de donner à leur enseignement un caractère religieux. Le Coran abonde en recommandations d'hygiène : L'épée du croyant, c'est la propreté... Si quelque mal t'arrive alors que tu n'as pas fait tes ablutions ne t'en prends qu'à toi-même. »

(1) *Bull. de l'Acad. de méd. de France*, 27 déc. 1923, De la nécessité de créer des auxiliaires visiteuses musulmanes pour propager les notions d'hygiène; *id.*, 31 juill. 1923, La pratique de l'obstétrique chez les populations indigènes.

Il dit même que « l'étude des sciences du corps humain doit avoir la préséance sur celle des sciences religieuses ».

Mais ces recommandations sont détournées aujourd'hui de leur sens primitif, il n'en reste que des rites inutiles. Les ablutions sont devenues valables même avec du sable ou de la poussière !

Les conseils d'infirmières visiteuses indigènes sembleraient ainsi être le prolongement des prescriptions religieuses et ne risqueraient pas de heurter.

Mais nous ne sommes encore qu'à l'aurore de ce mouvement.

Une seule jeune fille musulmane de Tunis fait actuellement ses études de *médecine* à Paris, pour retourner, une fois médecin, soigner ses coreligionnaires.

En ce qui concerne les *infirmières visiteuses* en Tunisie, l'Ecole *Louise-Renée-Millet* rêve de répondre aux aspirations du docteur Dinguizli. On ne s'y contente pas de faire des cours théoriques aux jeunes filles arabes. La grande joie des directrices serait de voir quelques-unes de ces jeunes filles devenir infirmières visiteuses.

A Alger, une initiative heureuse est tentée actuellement au grand *Dispensaire-école de la S. B. M.*, rue Marengo. Grâce au tact de la directrice, sœur Marie-Madeleine, des dispositions ont été prises qui, tout en évitant les froissements apportés par les autres organisations aux habitudes des femmes indigènes, ont amené un certain nombre de jeunes filles de la société musulmane à suivre les cours de l'Ecole.

Malheureusement, pour que le mouvement grandisse, il faut attendre le jour où il sera permis aux jeunes filles musulmanes d'ôter leur voile et de pouvoir entrer dans les familles indigènes; jusque-là les infirmières visiteuses proprement dites ne pourront être recrutées que parmi les veuves ou les divorcées. Les autres ne pourront que répandre dans leur propre famille les principes d'hygiène reçus à l'école. C'est déjà beaucoup !

Quant aux *sages-femmes* indigènes nous savons que Mme Lé-

gey a commencé l'instruction des matrones de Marrakech; elle ne pense pas borner là son effort. Pour elle, la création d'une véritable école de sages-femmes est à envisager pour l'avenir.

« Instruire les matrones, dit-elle, et en faire des sages-femmes comme on l'a fait dans nos possessions de l'Afrique Equatoriale Française, cela sera la tâche de demain ou plutôt d'après-demain. Il y faudra un doigté particulier...

» Supprimer la kabla marocaine pour la remplacer par une sage-femme instruite, méthodique, serait pour le moment une erreur, dans laquelle on doit se garder de tomber. Il faut aller lentement, apprivoiser les kablas, leur donner peu à peu un enseignement n'ayant rien de dogmatique. »

Cette formation des matrones fut aussi la grande préoccupation du docteur Nadal, médecin-chef de la Maternité indigène de Souk-el-Arba en Tunisie, il avait même obtenu quelque crédit du Gouvernement, qui avait admis l'idée. Malheureusement, le docteur Nadal mourut en 1923, avant d'avoir pu réaliser son œuvre.

Dans toutes ces initiatives, la femme médecin n'aura-t-elle pas son rôle à jouer ? Elle l'aura certainement, car les infirmières indigènes viendront beaucoup plus facilement recevoir ses leçons que celles d'un homme.

Il faut toujours se rappeler qu'en dehors des proches, l'*Islam interdit à la femme indigène tout contact avec l'homme.*

CONCLUSIONS

I. — L'état de la femme indigène en Afrique du Nord, en dépit des efforts déjà tentés, reste, en général, vraiment lamentable, aussi bien au point de vue hygiénique et intellectuel que moral.

II. — La loi coranique interdisant à la femme indigène presque tout contact avec l'homme, crée de réels obstacles à l'intervention du médecin lui-même.

La femme, par contre (infirmière ou médecin), peut pénétrer au foyer indigène en toute liberté.

III. — Le prestige qui accompagne « la toubiba », la reconnaissance qu'elle suscite, lui donnent une véritable emprise sur la musulmane et lui permettent une action éducatrice dans tous les domaines : hygiénique, intellectuel et moral. Cette influence se prolonge ultérieurement sur l'enfant et sur l'homme lui-même.

IV. — Plus le champ d'action médicale de la « toubiba » est étendu, plus son prestige peut être grand et son influence profonde. *La grande utilité des femmes docteurs en médecine est incontestable en Afrique du Nord.*

(Leur action, pour être fructueuse, demande en outre une préparation morale et sociale les adaptant à leur mission très délicate.)

V. — Mais tenant compte à la fois des difficultés de cette mission et des dangers réels auxquels les mœurs musulmanes peuvent exposer la femme médecin *isolée*, dans le

bled notamment, il faut envisager la nécessité d'un *groupement*, qui seul peut apporter la sécurité vis-à-vis des indigènes, en même temps que le réconfort, l'appui, la détente morale indispensables.

VI. — Pour que ces groupements puissent vivre, l'appui du Gouvernement et une rémunération proportionnée aux services rendus sont nécessaires.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

E. CASSAËT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 21 juin 1932.

F. DUMAS.

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS

- ANDRÉ (P.-J.). — L'Islam et les Races. Geuthner, 1922.
- AT. TAHIRU, L. HADDAD. — La femme de chez nous, dans notre loi et notre milieu social, Tunis, 1930 (traduction inédite).
- BERTINI (Don Ugo). — Pie XI et la médecine au service des missions, Paris, 1929.
- BERTHAUME (Dr Marthe). — Les femmes médecins dans les missions catholiques. *Nouvelle revue des jeunes*, déc. 1930.
- BONNARD (Mgr). — Vie du cardinal Lavigerie.
- BOURGUIN (Dr). — L'hygiène et les infirmières visiteuses indigènes dans les pays musulmans. *Croix-Rouge de Belgique*, avril 1929.
- BULIT. — Note sur la thérapeutique indigène dans le sud marocain, Hesperis, 1922.
- BUTAVAUD (Dr Arlette). — Les femmes médecins missionnaires. Thèse médicale. Lyon, 1930.
- CAMAIL (Dr). — La préparation au diplôme d'état d'infirmière sanitaire coloniale à l'Ecole d'infirmières de l'Institut Lannelongue. *Infirmière française*, nov. 1926.
- CARRA DE VAUX (Baron). — Les penseurs de l'Islam, t. II, 1922.
- CHEROUVRIER. — Essai sur quelques modes de thérapeutique chez les indigènes de Tunisie. Thèse médicale. Paris, 1926.
- Coran*. — Traduction Kasimirski.
- DAUMAS. — La femme arabe. *Revue africaine*, 1^{er} trimestre 1912.
- DECLERCQ (Abbé J.). — Rapport sur l'Association des assistantes médicales et sociales en Algérie. *En terre d'Islam*, mars 1931.

- DECOUR (Médecin commandant). — Notice sur le service médical dans les territoires militaires du sud. Bourg, 1931.
- DESPARMET. — La Mauresque et les maladies de l'enfance. *Revue des études techniques*, 1908, p. 506.
- Etudes sur le folklore, Alger.
- DINGUIZLI (D^r). — La pratique de l'obstétrique chez les populations indigènes. *Bull. de l'Acad. de méd. de France*, 31 juillet 1923.
- De la nécessité de créer des auxiliaires visiteuses musulmanes pour propager les notions d'hygiène. *Bull. de l'Acad. de méd. de France*, 27 déc. 1923.
- DUCHÈNE. — Thamilla.
- Etats généraux du féminisme* (1931). — Les femmes dans la France coloniale.
- GARRIGOU-LAGRANGE. (Prof.) — Doctrines coloniales. Editions Spes, 25 fév. 1931.
- GAUDRY (M^{me} le D^r). — La femme Chaouia de l'Aurès, Thèse Geuthner.
- GIRARD. — Etude sur les visiteuses coloniales. *Hygiène sociale*, 10 juin 1931.
- GOICHON (Anne-Marie). — La vie féminine au Mزاب, Paris, 1927.
- La femme de moyenne bourgeoisie fasiya. *Revue des études islamiques*, 1929.
- HANOTEAU et LETOURNEUX. — La Kabylie et les coutumes kabyïes.
- HAVET (D^r J.). — La géographie médicale des missions. *Bull. des missions*, Lophem-les-Bruges, juin-sept. 1930, mars 1931.
- HARDY (D^r Paul, directeur de l'Ecole coloniale). — Le rôle colonial du médecin. *Revue philanthropique*, 15 oct. 1931.
- LAFFONT (D^r) Mortinatalité et mortalité infantile en Afrique du Nord. *Compte rendu de la Conférence internationale pour l'enfance africaine*, Genève, 1931.
- LAME-DESPRÈS (M^{me}). — Evolution de la musulmane en Afrique du Nord. *Monde colonial illustré*.
- LAMON (D^r Margaret). — Twenty years medical work in mission countries, Shanghai, 1927.

L'Apostolat missionnaire de la France. — Conférences de l'Institut catholique de Paris, Bloud et Gay :

1926-1927 : L'Islam et les missions catholiques;

1928-1929 : La médecine dans les missions.

LÉGEY (M^{me} le D^r). — Essai sur le folklore marocain. *Lettre préface du Maréchal Lyautey*, Gentner, 1926.

— Contes et légendes populaires du Maroc, Leroux, 1926.

LENS. — Pratique des harems marocains. Préface par les Docteurs Speders et Lépinay, 1925.

LESOURD. — L'année missionnaire, Paris, 1931.

MARCHAL (R. P.). — Rapport sur la condition de la femme indigène. *Semaine sociale de Marseille*, 1930.

MARIE-ANDRÉ DU SACRÉ-CŒUR (Sœur missionnaire d'Afrique, docteur en droit). — Situation juridique de la femme musulmane en Afrique du Nord. Communication faite à l'Acad. des sc. col., 18 fév. 1931.

MILLIOT. — La condition de la femme musulmane au Maghreb, Paris, 1910.

MONTAGNE. — Les Berbères et le Makhzen dans le sud du Maroc. Thèse de lettres Paris, 1930.

POLI GARNIER (M^{me} le D^r). — Rapport sur le rôle de la femme médecin dans les pays exotiques. Assoc. internat. des femmes médecins, déc. 1931.

REYNAUD. — La femme dans l'Islam, Paris, 1902.

SICARD. — Le monde musulman dans les possessions françaises, « La Rose », Paris.

SCHWEITZER. — Le secours médical aux colonies, *Revue des Deux-Mondes*, 15 sept. 1931.

SŒURS BLANCHES DU CARDINAL LAVIGERIE. — De la Méditerranée au désert, Lyon, 1930.

SOULIER (D^r). — L'assistance médicale des indigènes en Algérie, Alger, 1930.

VERNET (S.-J.). — Médecine et missions. *Les Etudes*, 5 sept. 1930; 20 juill. 1931.

VILLOT (L^t-Cl^t). — Mœurs, coutumes et institutions des indigènes de l'Algérie, Alger, 1888.

VIOLETTE. — Circulaires ministérielles sur les infirmières visiteuses en Algérie.

REVUES

Aide médicale aux missions (Bruxelles).

Annales des franciscaines missionnaires de Marie.

Association française des femmes médecins.

Association internationale des femmes médecins.

Bulletin de la Ligue missionnaire des étudiants de France.

Bulletin de la commission des missions de la F. F. E. C.

Bulletin des missions d'Alger.

Bulletin des missions (Le) (Abbaye de Saint-André, par Lophem-les-Bruges, Belgique).

Chronique des Sœurs Blanches du cardinal Lavigerie.

Croix-Rouge de Belgique (La).

En terre d'Islam.

L'infirmière française.

Le Maroc catholique.

Le Maroc médical.

Revue africaine.

ERRATA

Page 13, note 1, *au lieu de* : Traduction Kasimiroki, *lire* : Traduction Kasimirski.

Page 36, ligne 14, *au lieu de* : Victor Durny, *lire* : Victor Duruy.

Page 48, ligne 1, *au lieu de* : M^{me} Léger, *lire* : M^{me} Légey.

Page 49, ligne 32, *au lieu de* : pour le rapprocher, *lire* : pour la rapprocher.

Page 68, ligne 29, *au lieu de* : M^{me} Léger, *lire* : M^{me} Légey.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
 PREMIERE PARTIE. — Etat de la population indigène surtout féminine en Afrique du Nord	13
CHAPITRE PREMIER. — <i>Etat social, intellectuel, moral</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Etat sanitaire</i>	20
§ 1. — Facteurs généraux qui l'aggravent	20
§ 2. — Maternité	26
§ 3. — Enfance	29
 DEUXIEME PARTIE. — Description de ce qui a été fait pour l'améliorer	35
CHAPITRE PREMIER. — <i>Conceptions gouvernementales et leur réalisation</i>	35
§ 1. — Algérie	35
§ 2. — Tunisie	41
§ 3. — Maroc	42
CHAPITRE II. — <i>Conceptions du Cardinal Lavigerie, et leur réalisation</i>	48
 TROISIEME PARTIE. — Ce qui reste à faire	57
CHAPITRE PREMIER. — <i>Difficulté pour le médecin homme de pénétrer</i>	58
CHAPITRE II. — <i>Insuffisance de la femme simplement infirmière.</i>	62
CHAPITRE III. — <i>Nécessité de la femme médecin</i>	64
§ 1. — Avis contradictoires sur l'insuffisance possible de la femme médecin	64

	Pages
§ 2. — Réponse aux objections. Recherche des meilleures conditions matérielles et morales à réaliser pour que la femme médecin puisse exercer sa mission	66
§ 3. — Tactique à adopter	73
CONCLUSIONS	83
BIBLIOGRAPHIE	83

